Module VI

Outils psychométriques

Lydia Fernandez, Marielle Aulagnier,
Agnès Bonnet, Anne Guinard,
Jean-Louis Pedinielli, Marie Préau

On trouvera dans ce module, une présentation des outils psychométriques utilisables pour décrire et étudier les conséquences psychologiques post-traumatiques consécutives à une catastrophe. Une première section explique les types d'outils qui peuvent être rencontrés et présente les différents indicateurs de qualité métrologique des instruments (sensibilité, spécificité, fidélité, validité). Une seconde section est consacrée à la présentation détaillée des différents outils psychométriques existants.

1 Qualités métrologiques des instruments : définitions

Les types d'outils

Trois types d'outils existent à l'heure actuelle :

1/ Les Instruments d'hétéroévaluation : dans la plupart des cas, ces outils se présentent sous la forme d'entretien et ne peuvent être utilisés que par un clinicien entraîné.

2/ Les instruments d'autoévaluation : se présentent sous la forme de questionnaires et sont remplis par le sujet lui-même. Ils présentent un double problème : la compréhension des consignes et la quantification (assertions pas toujours comprises, stéréotypes de réponse tenant aux traits de personnalité plus qu'aux phénomènes étudiés).

3/ Les échelles visuelles analogiques (la sensibilité de ces outils est importante mais la validité discutable).

Les qualités métrologiques des échelles ou des questionnaires

La pertinence d'une échelle ou d'un questionnaire exige trois qualités métrologiques principales : sensibilité, validité, fidélité ; auxquelles il faut ajouter innocuité, faible coût et rapidité de passation.

Sensibilité d'un test[1]

Elle réside dans la capacité d'un instrument de mesure à différencier deux objets avec la finesse requise pour l'objectif poursuivi par le psychologue (Guillevic 1998). Elle dépend de la capacité à noter des variations entre états différents. Elle évalue le pouvoir discriminant d'une méthode d'évaluation, c'est-à-dire sa capacité à relever des résultats suffisamment différenciés entre les sujets (Bernaud 1998).

La sensibilité s'évalue en observant la distribution des résultats et en analysant des indicateurs de dispersion : variance, écart type, étendue, …

On distingue deux types de sensibilité (Pedinielli 1995) :

- *la sensibilité intra-individuelle* : capacité de détection des différences chez un même sujet aux cours de mesures répétées ;
- *la sensibilité inter-individuelle* : capacité à discriminer des individus différents.

Pour obtenir une bonne sensibilité, il faut s'assurer que le niveau de gradation est bien adapté au phénomène mesuré (Guillevic 1998). Il est admis que les échelles (de type Likert) doivent offrir au moins cinq niveaux de gradation pour la cotation et que les échelles à choix dichotomique sont à éviter (Bech 1989). La multiplication des degrés n'est cependant pas une garantie de bonne sensibilité (Bobon 1987), un sujet pouvant difficilement préciser valablement une intensité sur une échelle de sept ou dix niveaux.

Fidélité d'un test

Tout test doit être fidèle, c'est-à-dire présenter une bonne stabilité temporelle et une bonne consistance interne[2]. La fidélité renvoie à la constance de sa mesure (Bernaud 1998).

Il existe plusieurs types de fidélités (*reliability)* :

- *la fidélité test-retest (stabilité/temporelle)* (*test-retest reliability)* : elle évalue pour un même échantillon de sujets, la constance des résultats dans le temps (en comparant la stabilité de la mesure entre t1 et t2). Plus la corrélation entre les deux pointages est élevée et positive, plus le test est jugé fidèle. Il est important de noter que la fidélité temporelle ne s'applique qu'à certains types de tests. Elle n'est appropriée que pour certains construits qui possèdent une stabilité temporelle comme les traits de personnalité ou l'estime de soi. En revanche elle n'est pas recommandée pour des tests qui mesurent un état passager comme les émotions et l'humeur.
- *la fidélité de type accord inter-juges :* évaluation du niveau d'accord entre deux juges ou plus pour vérifier à quel point ils s'entendent quant à leur jugement concernant la présence ou l'absence d'une caractéristique psychologique dans un échantillon de population (Vallerand 2000).
- *la consistance interne* (*Internal Consistency*) *(ou coefficient d'homogénéité)* : évalue l'homogénéité entre les différentes dimensions du construit ; elle apprécie ainsi dimension par dimension, la cohérence intra-items. On peut l'évaluer, par exemple,

---

[1] A ne pas confondre avec "sensibilité et spécificité" d'un outil destiné à classer des individus dans des "catégories diagnostiques".

[2] le coefficient Alpha de Cronbach doit être supérieur à 0,70 à partir d'un échantillon de 100 sujets

en calculant la valeur du coefficient de corrélation entre chaque item et le score global (item total corrélation) ou par le coefficient Alpha de Cronbach ($\alpha > 0,70$).

- *la fidélité inter-évaluateurs* (*inter observer reliability)* : estime le degré d'accord entre deux ou plusieurs évaluateurs chargés de coter ou d'interpréter les résultats d'une méthode d'évaluation. Elle compare le degré d'accord entre cotateurs différents. Dans le cas quantitatif, on utilise un coefficient de corrélation intraclasse (pour N>40), dans le cas qualitatif, on calcule le coefficient de Kappa (pour N>30) (Fermanian 1984a; Fermanian 1984b).

- *la fidélité par équivalence :* évalue le degré de cohérence entre deux techniques similaires ne différant qu'au niveau du contenu des items.

Les différentes composantes de la fidélité s'évaluent à l'aide d'un coefficient de corrélation linéaire dont la valeur maximale est de 1,00. Une valeur de 0,70 est recommandée pour considérer qu'une fidélité est acceptable (standard/norme international(e)). La fidélité et la validité sont liées car plus l'erreur de mesure est faible (bonne fidélité) plus les résultats obtenus pour l'évaluation de la validité auront un sens et seront élevés (Vallerand 2000). On ne pourra pas accorder de confiance suffisante aux résultats si la fidélité d'un test est médiocre.

Validité d'un test

Pour admettre qu'un test mesure effectivement ce qu'il est censé mesurer, par exemple l'anxiété, il faut plus que les affirmations de l'auteur. Il faut un ensemble d'éléments prouvant la validité de ce test. Cette définition de la validité jugée trop restrictive par certains est remplacée par la définition suivante : « La validité renvoie à la pertinence et à la possibilité de justifier les affirmations que l'on peut faire à partir des scores à un test, elle concerne également les éléments dont on dispose pour justifier les inférences que l'on peut faire à partir des scores à un test » (Bartram 1994).

Il existe plusieurs types de validité[3] (Bartram 1994 ; Kline 1994 ; Bernaud 1998):

- *la validité apparente* (face validity) : correspond à l'appréciation subjective de la validité d'un test (Fermanian 1995) et à son acceptation par les sujets. Un test a une bonne validité apparente si son contenu semble mesurer ce qu'il affirme mesurer. Un test qui semble absurde ou non pertinent, quelles que soient, par ailleurs, ses qualités psychométriques, sera certainement mal accepté par les sujets.

[3] Et plusieurs coefficients de validité à la différence de la fidélité.

- *la validité de contenu* (content validity) : le contenu du test est-il pertinent par rapport à ce qu'il est censé mesurer ? Cette qualité implique que ce qui est mesuré doit pouvoir être défini précisément et décrit sous ses différents aspects. Les jugements sur la validité de contenu sont considérés comme des « preuves » acceptables quand le trait qu'un test est censé mesurer peut être défini avec précision. Ainsi, vouloir mesurer l'anxiété implique de pouvoir en donner une définition précise et d'en saisir les différentes composantes (manifestations comportementales, psychiques, somatiques). Mais le fait qu'un groupe d'experts s'accordent à dire qu'un test de par son contenu est une mesure valide, ne garantit pas qu'ils aient raison. Il faut considérer ces jugements comme un élément du processus d'élaboration du test qui indique que l'on est sur la bonne voie.

- *la validité de construit (construct validity)* : les instruments de mesure évaluent bien souvent des « construits », c'est-à-dire des aspects abstraits non directement saisissables (l'intelligence, les traits de personnalité, etc.). La validité de construit correspond à la connaissance que l'on peut tirer des résultats (par exemple, prédire un comportement, inférer le niveau d'intelligence). Un des moyens de l'évaluer est l'accumulation convergente/divergente des résultats obtenus à partir de différentes méthodes. On peut également analyser la stabilité de la structure factorielle de l'instrument de mesure pour différents échantillons par exemple. La validité de construit repose donc sur la configuration de l'ensemble des résultats et des informations obtenues en utilisant ce test.

- *la validité concourante d'un test* se manifeste à travers ses corrélations avec d'autres tests semblables. Elle contribue à la validation de construit : savoir avec quoi un test est corrélé contribue beaucoup à la connaissance du trait que mesure le test. Déterminer le niveau souhaitable de ces corrélations est une question de bon sens, car tout dépend de la qualité des autres tests. Ainsi pour l'anxiété, il existe d'excellents tests de référence. Des corrélations supérieures à 0,40 sont considérées comme satisfaisantes, à condition qu'elles soient calculées sur des échantillons de 100 sujets au moins.

2 Outils de mesures de psychopathologie générale chez l'adulte

Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Auteur(s) : Organisation mondiale de la santé (OMS)

Type : Entretien structuré

Objectifs : Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) est un outil d'entretien diagnostique structuré. La dernière version de cet instrument (version 2.1, 1996) permet de poser des diagnostics psychiatriques conformes aux définitions de la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'Association américaine de psychiatrie ou de la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

Cet instrument peut diagnostiquer 40 troubles tels que la dépression majeure, la manie, la dysthymie, les troubles liés à l'utilisation de substances (alcool, drogues, médicament, ...), le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies simples, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble anxieux généralisé ainsi que les troubles psychotiques.

Caractéristiques : Cet entretien génère des diagnostics et permet également une approche dimensionnelle (fréquence et sévérité des symptômes par diagnostic).

Catégorie de réponse : Il s'agit d'un entretien structuré qui permet d'estimer, dans une population, la prévalence des troubles sur la vie entière et au cours des 12 derniers mois. Le CIDI comprend différents types de questions et de cotations. Ces dernières sont fournies dans le cahier de l'interviewer (http://www.who.int/msa/cidi/) ainsi que les algorithmes d'analyse des données.

Mode de passation, cotations, scores : Cet outil se présente sous la forme d'un entretien (sur papier ou ordinateur) conçu pour être utilisé par des non cliniciens. Toutefois, son utilisation nécessite une formation au recueil, à la saisie et à l'analyse des données. Il est possible d'utiliser cet outil par module. La version sur ordinateur est plus facile à utiliser car elle permet de sélectionner des modules et d'identifier au début de l'entretien les diagnostics les plus importants à repérer. Cela permet de récupérer l'information minimale essentielle et de pallier aux non-réponses et/ou aux abandons en cours d'entretien.

Durée de passation : Plus de 90 minutes (pour l'ensemble des modules)

Population cible : Cet outil peut être utilisé dans tout type de population et notamment en population générale, à partir de l'âge de 12 ans.

Qualités métrologiques : Des études de validation ont été effectuées et ont confirmé que cet instrument est valide. Cependant, d'autres études plus récentes mesurant l'accord inter-juges obtenu entre le CIDI et d'autres instruments de référence ont observé des valeurs parfois très décevantes, posant ainsi le problème de la pertinence clinique des diagnostics obtenus par cet instrument. L'explication la plus plausible résiderait dans le fait que cet instrument est administré par des non-cliniciens qui n'ont pas la compétence requise pour « corriger » des réponses manifestement inadéquates. Ce phénomène s'observe surtout pour les troubles psychotiques (sous-évalués) ainsi que pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs (surévalués quant à eux).

Langues : 25 langues dont l'anglais et le français (traduction française : Pull, CB et al.)

Intérêts et limites : Il existe une version simplifiée du CIDI, le CIDI Short Form, dont l'objectif est de diagnostiquer les troubles les plus fréquemment rencontrés.

Bibliographie :

Robins LN., Wing J., Wittchen HU., Helzer JE. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjonction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psych, 45: 1069-77.

Andrews G., Peters L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Soc Psychiatr Epidemiol, 33(2): 80-8.

Nom de l'outil	Composite International Diagnostic Interview
Type d'outil	Entretien structuré
Troubles	40 troubles dont la dépression majeure, la manie, la dysthymie, les troubles liés à l'utilisation d'une substance, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies simples, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble anxieux généralisé ainsi que les troubles psychotiques.
Objectifs	Etablir les diagnostics psychiatriques conformes au DSM IV ou à la CIM-10
Population cible	Population générale de 12 ans ou plus
Administration	Entretien conçu pour des non cliniciens
Période de temps sur laquelle porte les outils	Vie entière et 12 derniers mois
Langue/ traduction	25 dont anglais, français / Pull, CB. et al.

Outil : L'outil peut être obtenu à l'adresse suivante : http://www.who.int/msa/cidi

Le CIDI-Short Form

Auteur(s) : Kessler RC., Mroczek D.

Type : Entretien structuré ou questionnaire d'autoévaluation

Objectifs : Le CIDI-SF est une version courte du CIDI. Elle permet de diagnostiquer les désordres anxieux généralisés, l'agoraphobie, les troubles paniques, les épisodes de dépression majeure, la phobie sociale et la phobie simple, la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. Le CIDI-SF a été créé en 1995 dans le cadre d'une étude nationale américaine (US National Health Interview Survey NHIS).

Caractéristiques : La version originale du CIDI-SF a été créée pour diagnostiquer les troubles psychiatriques selon les critères du DSM-III-R. Une version a été revisée par Andrews et al. pour répondre aux critères du DSM IV mais, à l'heure actuelle, la plupart des études ont utilisé la 1ère version de cet outil. Il s'agit d'un outil basé sur les 12 derniers mois contrairement au CIDI qui lui pose des diagnostics sur la vie entière.

Catégorie de réponse : L'outil et le système de cotations sont fournis à l'adresse suivante : http://www.who.int/msa/cidi.

Mode de passation, cotations, scores : Auto-administration ou hétéroévaluation

Durée de passation : La durée moyenne de passage du CIDI-SF est de 10 minutes

Population cible : Population générale

Qualités métrologiques : Les qualités métrologiques du CIDI-SF sont bonnes. Selon les troubles étudiés et, par comparaison au CIDI, la sensibilité varie entre 77 et 100 %, la spécificité entre 96 et 99,9 % ; la VPP entre 75,7 et 99,6 % et la VPN entre 86,9 et 100 %.

Sensibilité, spécificité, VPP*, VPN* du CIDI-SF comparé au CIDI (DSM-III-R)

n=6700	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Troubles anxieux	96.6	99.8	96.8	99.8
Agoraphobie	100.0	99.9	99.6	100.0
Troubles paniques	90.0	99.5	96.2	91.6
Dépendance aux drogues	77.0	99.9	98.2	98.2
Phobie sociale	86.3	98.9	92.4	97.9
Phobie simple	92.9	96.2	76.4	99.1
Episode dépressif majeur	89.6	93.9	75.7	86.9
Alcoolo-dépendance	93.6	96.2	80.2	98.9

*VPP : Valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative Source : Kessler, 1998

Concernant le diagnostic des troubles dépressifs, le CIDI–SF a montré une excellente valeur prédictive négative et une valeur prédictive positive autour de 75 %, dans une étude réalisée auprès de 521 sujets (Patten, 2000).

Langues : Anglais, français. (Traduction française : Kovess et al.)

Intérêts et limites : Cet instrument est basé sur les critères du DSM-III-R et ne couvre que 8 troubles psychiatriques et non l'ensemble des troubles couverts par le CIDI. Si cet outil montre de bonnes qualités métrologiques, toutes les études de validité ont été réalisées en comparant le CIDI-SF au CIDI. Aucune étude de validité n'a été réalisée sur le CIDI-SF à l'aide d'un autre outil. Plusieurs auteurs conseillent d'utiliser le CIDI-SF davantage comme un outil de dépistage que comme un outil diagnostic (Newman, 1990).

Bibliographie :

Patten S., Brandon-Christie J., Devji J., Sedmak B. (2000). Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in a community Sample. Chronic Diseases in Canada 21(2): 68-72.

Kovess V., Fournier L., Lesage A., Amiel-Lebigre F., Caria A. (2001). Two validation studies of the CIDISA: a simplified version of the CIDI. Psychiatric Networks, 4(1): 10-24.

Kessler R., Andrews G., Mroczeek D., Ustun B., Wittchen HU. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). Int J Methods Psychiatr Res, 7: 171-85.

Newman S., Shrout PE., Bland RC. (1990). The efficiency of two-phase designs in prevalence surveys of mental disorders. Psychol Med, 20: 183-93.

Nom de l'outil	CIDI-SF
Type d'outil	Entretien structuré ou questionnaire d'autoévaluation
Troubles	8 troubles : la dépression majeure, les troubles liés à l'utilisation d'une substance, l'alcoolo-dépendance, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies simples, la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé
Objectifs	Etablir les diagnostics psychiatriques conformes au DSM III-R
Population cible	Population générale
Période de temps sur laquelle porte les outils	12 derniers mois
Langue/ traduction	Anglais, français / Kovess et al.

Outil : L'outil peut être obtenu sur le site internet de l'OMS : http://www.who.int/msa/cidi.

Le Diagnostic Interview Schedule (DIS)

Auteur(s) : Robins et al. (1981)

Type : Entretien structuré

Objectifs : Etablir des diagnostics à partir de symptômes psychiatriques, en se basant sur les critères du DSM III de l'Association américaine de psychiatrie.

Caractéristiques : Le DIS couvre les diagnostics suivants : la démence sénile, la schizophrénie, la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, les manies, l'agoraphobie, les phobies simples, le trouble obsessionnel compulsif, les troubles de la personnalité, l'état de stress post-traumatique, les troubles liés à l'utilisation d'une substance, l'abus et la dépendance (alcool, drogues, médicaments ...), les désordres somatiques, l'anorexie mentale. Tous les diagnostics sont réalisés en se basant sur la vie entière mais, pour chaque trouble, une question permet de déterminer le caractère récent ou non de l'apparition des troubles. Cet entretien permet également une approche dimensionnelle dans la mesure où il détermine le nombre total de symptômes pour chaque diagnostic ainsi que le nombre de critères rencontrés.

Mode de passation, cotations, scores : Entretien structuré (sur papier ou ordinateur) conçu pour être administré par un non clinicien. Les auteurs recommandent toutefois que l'interviewer soit préalablement formé aux techniques des entretiens psychiatriques.

Durée de passation : 45 à 75 minutes

Population cible : Le DIS est un instrument conçu pour être utilisé auprès d'adultes, toutefois il existe une version du DIS pour les enfants dès 5-6 ans ainsi qu'une version pour les parents concernant le comportement de leur(s) enfant(s).

Qualités métrologiques : Dans la mesure où l'instrument a été conçu pour que des non cliniciens puissent réaliser des diagnostics identiques à ceux des psychiatres, Robins et al. ont évalué la capacité de cet instrument à répondre à cet objectif. Une étude d'évaluation a été conduite sur 216 patients interviewés successivement à l'aide du DIS par un psychiatre et un non clinicien. Selon les troubles diagnostiqués, la proportion des non cliniciens ayant posé un diagnostic concordant avec celui des psychiatres variait entre 56 et 100 %. Pour l'ensemble des diagnostics réalisés selon les critères du DSM III la concordance était de 0,69, la sensibilité était de 75 % et la spécificité de 94 %. Selon les troubles diagnostiqués la sensibilité variait entre 44 et 100% et la spécificité entre 88 et 100 %. Ces critères de fidélité sont équivalents à ceux retrouvés dans l'étude de Breslau et Davis (1987) qui ont estimé un accord inter-juges important (kappa=0,67 ; sensibilité de 86 % et spécificité de 82 % pour l'outil dans son intégralité) entre des psychiatres et d'autres cliniciens pour la discrimination

de sujets souffrant d'ESPT et de sujets n'en souffrant pas. Dans les études de Schlenger et al. (1987) et Watson et al. (1991) les valeurs de la sensibilité fluctuaient entre 87 % et 92 % et la spécificité entre 73 % et 91 % quels que soient les troubles.

Si les qualités psychométriques de cet outil semblent bonnes en population pathologiques, elles le sont nettement moins en population générale : l'étude de Kulka (1988) note une sensibilité de 23 % dans un échantillon en population générale.

Validité du DIS selon les critères du DSM III

	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Anorexie nerveuse	100	100
Agoraphobie	77	91
Phobie simple	59	88
Manies	65	97
Dépression	80	84
Troubles obsessionnels compulsifs	63	95
Schizophrénie	65	94
Troubles paniques	44	93

Source : Robins 1982

Langues : Anglais, français (traduction française : Kovess et Fournier, 1990)

Intérêts et limites : Le DIS permet d'obtenir un diagnostic formel des populations pathologiques, il présente de bonnes qualités psychométriques. Il s'agit d'un outil très utilisé dans la littérature, qui présente de bonnes qualités métrologiques mais qui souffre toutefois de son ancienneté, puisque il est basé sur des critères DSM III. Des études suggèrent également une meilleure capacité diagnostique du DIS dans des populations pathologiques qu'en population générale. Par contre, il présente comme avantage de pouvoir être administré par un non clinicien.

Bibliographie :

Robins LN., Helzer JE., Ratcliff KS., Seyfried W. (1982). Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses. Psychol Med, 12(4): 855-70

Helzer JE., Robins LN., McEvoy LT., et al. (1985). A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses. Physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. Arch Gen Psychiat, 42(7): 657-66

Breslau N., Davis GC. (1987). Post-traumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. Am J Psychiat, 144(5): 578-583.

Singerman B., Stoltzman RK., Robins LN., Helzer JE., Croughan JL. (1981). Diagnostic concordance between DSM-III, Feighner, and RDC. J Clin Psychiat, 42(11): 422-6.

Nom de l'outil	Diagnostic Interview Schedule (DIS)
Type d'outil	Entretien structuré
Troubles	Sénilité, schizophrénie, dépression majeure, trouble panique, manies, agoraphobie, phobies simples, trouble obsessionnel compulsif, dysthymie, troubles de la personnalité, état de stress post-traumatique, troubles liés à l'utilisation d'une substance, abus et dépendance (alcool, drogues, médicaments ...), désordres somatiques, l'anorexie mentale.
Objectifs	Etablir des diagnostics psychiatriques conformes aux critères du DSM III
Population cible	Population générale adulte
Administration	Entretien conçu pour des non cliniciens
Période de temps sur laquelle porte les outils	Vie entière
Langue/ Traduction	Anglais, français / Kovess et Fournier, 1990

Le Diagnostic Interview Schedule Self Administered (DIS-SA)

Auteur(s) : Kovess et Fournier, 1990

Type : Questionnaire d'autoévaluation ou d'hétéroévaluation

Objectifs : Le DIS-SA a été développé dans le but de dépister 3 troubles particuliers selon les critères du DSM III-R: 1) les épisodes de dépression majeure et les troubles disthymiques ; 2) les troubles anxieux : la phobie, l'anxiété généralisée, l'attaque de panique ; 3) les troubles liés à la consommation d'alcool.

Cet outil a été créé pour être utilisé comme un outil d'autoévaluation, mais également en interview par téléphone ou en face-à-face. La durée de passation est beaucoup plus courte qu'avec le DIS.

Caractéristiques : Le DIS-SA est un outil dérivé du Diagnostic Interview Schedule et peut être utilisé comme outil de dépistage. Il est simple d'utilisation. La sévérité des troubles est abordée à l'aide de 4 questions permettant de savoir si le patient a consulté ou a pris un traitement pour ces troubles et si ces troubles ont eu une répercussion dans sa vie de tous les jours.

Catégorie de réponse : Dichotomique

Mode de passation, cotations, scores : Auto-administration ou hétéroévaluation

Population cible : Population générale adulte

Qualités métrologiques : Les qualités métrologiques du DIS-SA ont été étudiées au cours d'une étude sur 1 074 patients. Les patients présentant au moins un troubles selon le DIS-SA recevaient un deuxième entretien réalisé par un clinicien avec le DIS. D'après cette étude, les 2 instruments fournissent des résultats équivalents sauf pour le diagnostic des troubles dépressifs pour lesquels le DIS-SA présente une meilleure sensibilité que le DIS.

La sensibilité du DIS-SA pour les troubles dépressifs était de 71,4 % et la spécificité de 84,2 %. Pour l'anxiété généralisée, elles étaient respectivement de 84,4 % et 63,6 %, pour l'abus ou la dépendance à l'alcool de 70,3 % et 95,3 %.

Validité du DIS-SA comparé au DIS

	Kappa	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Dépression	0.56	71.4	84.2
Anxiété généralisée	0.48	84.4	63.6
Phobies			
Agoraphobie	0.42	62.5	91.9
Phobie simple	0.26	40.0	88.0
Phobie sociale	0.40	57.14	93.1
Alcool			
Abus ou dépendance	0.63	70.3	95.3

Source : Kovess, 1990

Langues : Anglais, français (traduction française : Kovess V., Fournier L.)

Intérêts et limites : Le DIS-SA est court et pratique d'utilisation. Il peut être utilisé comme un outil de dépistage. Il présente des qualités psychométriques correctes et peut être auto-administré. Il souffre toutefois de son ancienneté puisque il est basé sur les critères du DSM IIIR.

Bibliographie :

Kovess V., Fournier L. (1990). "The DISSA: an abridged self-administered version of the DIS. Approach by episode." Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 25(4): 179-86.

Nom de l'outil	Diagnostic Interview Schedule-Self Administred
Type d'outil	Outil diagnostic
Troubles	Episodes de dépression majeure, troubles disthymiques, troubles anxieux, troubles liés à la consommation d'alcool.
Objectifs	Diagnostiquer les troubles ci-dessus selon les critères du DSM III
Population cible	Population générale adulte
Administration	Auto-administration, hétéroévaluation
Période de temps sur laquelle porte les outils	Vie entière
Langue / Traduction	Anglais, français / Kovess V., Fournier L

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Auteur(s) : Sheehan DV., Lecrubier Y.

Type : Questionnaire structuré d'interview à visée diagnostique.

Objectifs : Le MINI est un outil qui permet d'identifier les troubles suivants selon les critères du DSM-IIIR et de la CIM-10 : l'épisode de dépression majeure, les épisodes maniaques, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie simple et la phobie sociale, l'anxiété généralisée, les désordres obsessionnels compulsifs, les troubles psychotiques, le risque suicidaire, l'abus d'alcool et l'alcoloo-dépendance, l'abus et la dépendance de drogues, l'anorexie, la boulimie et l'ESPT.

Le MINI a été créé dans le but de remplacer les outils diagnostiques tels que le CIDI ou le SCID, qui sont plus longs à utiliser.

Caractéristiques : Cet outil a été conçu initialement pour être utilisé comme entretien structuré administré par un clinicien mais il est parfois utilisé comme questionnaire auto-administré. Le MINI permet de déterminer une prévalence actuelle ou ponctuelle (basée sur les quinze derniers jours) des différents troubles. Il ne s'agit pas d'un outil basé sur la vie entière. Toutefois pour certains troubles, le MINI peut faire des diagnostics sur la vie ; par contre, il n'identifie pas l'âge de début.

L'intégralité du MINI contient 120 questions. Le MINI, comme le CIDI ou le DIS, est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément. Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes ; des questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces quelques questions s'avèrent positives, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné.

Catégorie de réponse : Réponses dichotomiques (oui/non)

Mode de passation : Face-à-face surtout ou auto-questionnaire, bien qu'il soit peu adapté à ce mode de passation.

Durée de passation : La durée de passation totale varie entre 20 et 40 minutes.

Population cible : Population générale ou patientèle de médecins.

Qualités métrologiques : Une étude de validation a été réalisée auprès de 330 patients américains et 40 patients français afin de comparer le MINI avec le SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R). Les résultats des 40 patients français ont également été comparés au CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Selon les troubles étudiés, la

sensibilité du MINI variait entre 45 et 96 %, la spécificité entre 86 et 100% et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0,43 et 0,90. Les qualités métrologiques du MINI étaient particulièrement bonnes pour le diagnostic de la dépression, des troubles maniaques, des désordres paniques, de l'agoraphobie, des désordres psychotiques, de l'anorexie et de l'ESPT. Ces indicateurs étaient encore plus satisfaisants lorsque le MINI était comparé au CIDI. Le MINI présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en auto-questionnaire.

Concordance entre le MINI et le SCID

N=370	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Dépression	0.96	0.88	0.87	0.97
Dysthimie	0.67	0.99	0.45	0.99
Manies				
Actuel	0.82	0.95	0.63	0.98
Vie entière	0.81	0.94	0.76	0.95
Troubles paniques				
Actuel	0.84	0.93	0.80	0.95
Vie entière	0.88	0.93	0.85	0.94
Agoraphobie				
Actuelle	0.85	0.88	0.69	0.95
Vie entière	0.82	0.92	0.81	0.92
Phobie sociale				
Actuelle	0.81	0.86	0.46	0.97
Vie entière	0.81	0.90	0.57	0.97
Phobie simple				
Actuelle	0.78	0.90	0.43	0.98
Vie entière	0.70	0.93	0.52	0.97

*VPP : Valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative Source : Sheehan, 1997

Langues : Il a été traduit dans plus de 40 langues dont l'anglais et le français (traduction française : Sheehan et Lecrubier)

Intérêts et limites : Le MINI a été critiqué comme un instrument n'étant pas assez spécifique pour permettre d'établir des diagnostics. En particulier, il ne permet pas de diagnostiquer les antécédents de troubles. Contrairement à d'autres outils abrégés, les réponses aux items sont en oui/non et ne permettent pas d'évaluer à la fois la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel.

Il est préférable que cet instrument soit administré par un clinicien entraîné ayant l'habitude de la pathologie psychiatrique. Le risque, en cas d'administration par des cliniciens peu expérimentés, réside dans le fait que les diagnostics peuvent être sur ou sous évalués. C'est

un bon outil pour le dépistage, bien adapté à une utilisation en médecine générale ; par contre il apparaît peu adapté pour une passation en auto-questionnaire. Son principal avantage réside dans le fait qu'il est pratique et que la durée de passation est plus courte que celle correspondant aux CIDI ou DIS.

Bibliographie :

Sheehan D., Lecrubier Y., Sheehan KH., et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. Eur Psychiat, 12(5): 232-241.

Sheehan D., Lecrubier Y., Shenan KH. et al. (1989). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiat, 59(20): 22-33.

Lecrubier Y., Sheehan DV., Weiller E., et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiat, 12(5): 224-231.

Amorim P., Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Sheehan D. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. Eur Psychiat, 13(1): 26-34.

Duburcq A., Blin P., Charpak Y., et al. (1999). Utilisation d'un entretien diagnostique structuré pour identifier les épisodes dépressifs dans une étude épidémiologique : validation interne a posteriori. RESP, 47(5): 455-463.

Nom de l'outil	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
Type d'outil	Questionnaire structuré d'interview à visée diagnostique
Troubles	Episode dépressif majeur, dysthymie, épisodes maniaques, troubles paniques, agoraphobie, phobie simple et phobie sociale, anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, troubles psychotiques, abus d'alcool et alcoloo-dépendance, abus et dépendance de drogues, anorexie, boulimie et ESPT
Objectifs	Identifier les troubles psychiatriques selon les critères du DSM IIIR
Population cible	Population générale adulte
Administration	Face-à-face principalement
Période de temps	15 derniers jours
Langue / traduction	12 langues dont français / Sheehan et Lecrubier

Outil : L'outil peut être commandé à l'adresse suivante : http://medical-outcomes.com.

General Health Questionnaire (GHQ)

Auteur : Goldberg, DP.

Type : Echelle d'autoévaluation

Objectifs : Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

Caractéristiques : Le développement du GHQ a été décrit dans l'ouvrage de Goldberg (1972). Depuis cette date de nombreuses versions (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 et GHQ-12) ont été mises au point. Parmi les différentes versions existantes, le GHQ-28 est à la fois une des plus performantes et des plus utilisées dans le contexte hospitalier et en population générale. Cet outil couvre quatre domaines : dépression, anxiété, dysfonctionnement social et hypochondrie.

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet (en 5-10 minutes) en fonction de son état au cours des semaines passées. Chaque item comporte 4 réponses possibles et le sujet s'évalue par rapport à ce qu'il ressent.

Chaque item peut être coté de deux façons (Goodchild, 1985) :

- selon une échelle de Likert en 4 points de 0 à 3 allant de "moins que d'habitude" à "beaucoup plus que d'habitude", pour une utilisation dimensionnelle ;
- en réponse bimodale en notant 0 les réponses "moins que d'habitude" ou "pas plus que d'habitude" et 1 celles "un peu plus" ou "bien plus que d'habitude", dans une perspective catégorielle. L'un des avantages serait d'obtenir une gamme de notes globales se rapprochant davantage d'une distribution normale.

Quel que soit le mode de cotation, on obtient ainsi un score global du GHQ (en additionnant les notes obtenues à chaque item).

On peut utiliser le GHQ dans une perspective catégorielle (note-seuil au-dessus de laquelle on définit un cas) ou dimensionnelle (score global). L'utilisation des scores aux différents facteurs semble moins pertinente, sauf peut-être pour le GHQ-28.

Population cible : Population générale, psychiatrique, présentant des affections somatiques et/ou organiques

Qualités métrologiques : La fidélité du GHQ est bonne (Bolognini, 1989 ; Bettschart, 1991 ; Pariente, 1992). La fidélité test-retest semble plus difficile à évaluer car, comme avec toute

évaluation liée à l'état du sujet à un moment précis, sa répétition est soumise à des facteurs de changement. De nombreuses analyses factorielles ont vérifié la validité de construction. Quant à la validité concourante, elle a donné lieu à plus de 50 études publiées et réalisées dans divers pays (Goldberg, 1988). Le GHQ a été comparé au Clinical Interview Schedule, au Present Status Examination, au Diagnostic Interview Schedule et au PSYDIS (Psychic Distress). Différentes notes-seuils ont été testées et analysées en fonction de leur sensibilité, de leur spécificité et de leur valeur prédictive. Certaines études ont également eu recours à une analyse ROC pour déterminer la note-seuil optimale.

Le GHQ-28 a été testé par Goldberg et Hillier (1979) en médecine générale permettant l'élaboration, après rotation varimax d'une solution à 4 facteurs. Les études de Pariente et al., (1992) et de Darvez-Bornoz et al., (1998) ont aussi confirmé la structure factorielle en 4 facteurs (symptômes somatiques, anxiété et insomnie, dysfonctionnement social, dépression sévère) rendant compte de 59 % de la variance totale et la validité de l'instrument (consistance interne, Alpha de Cronbach = 0,91 et 0,95). Pris isolément les coefficients étaient de 0,83 pour « anxiété et insomnie », de 0,91 pour « dépression sévère » ; de 0,88 pour « gêne sociale » et de 0,83 pour « plaintes somatiques ». De nombreuses études ultérieures ont confirmé la structure factorielle du GHQ-28 en 4 facteurs et notamment l'existence d'un facteur général pouvant représenter jusqu'à 64 % de la variance (Banks, 1983).

L'étude de validation concourante de Mont Marin et al. (1993) réalisée auprès d'une population de 46 patients diabétiques a estimé la sensibilité à 87,5 % et la spécificité à 86,7 %. Cette étude permet de confirmer l'efficacité du GHQ pour le dépistage des troubles psychiques en population médicochirurgicale et plus particulièrement des troubles anxieux et dépressifs. On pourra aussi se référer à l'étude de Beettschart et al. (1991) qui évalue la valeur prédictive du GHQ-28.

Langues : 38 langues dont l'italien, l'espagnol, le français (traduction française : W. Bettschart et M. Bolognini. Révision : Pariente, Smith, Guelfi (1989))

Intérêts et limites : Bonne acception de cette échelle grâce à sa rapidité d'administration (5 à 10 minutes), facilité d'application et compréhension aisée par des patients de milieux et de niveaux culturels les plus variés. De plus, elle permet des comparaisons avec les résultats d'autres études.

Le GHQ peut être utilisé :

- en épidémiologie pour détecter des cas morbides en adoptant, notamment, des stratégies en deux phases : GHQ chez tous les sujets, puis entretien clinique structuré chez ceux ayant des scores supérieurs à une note-seuil. Le GHQ peut

également être utilisé pour étudier les facteurs de risque psychosociaux liés à des scores élevés, pour évaluer la prévalence de cas psychiatriques et pour dépister les troubles psychiques liées à des affections somatiques ou des troubles plus spécifiques (anxieux et dépressifs) ;

- en médecine interne pour faciliter la détection de troubles par des non psychiatres.

Selon Goldberg et Williams (1988), si l'on désire utiliser des sous-échelles, il convient de choisir le GHQ-28. Si l'on désire identifier des "cas" dans une population donnée, le choix dépendra essentiellement du temps de passation dont on dispose (chez certains individus illettrés, l'enquêteur pourra être amené à poser directement les questions).

Cependant, comme il s'agit d'une autoévaluation, des phénomènes de minimisation éventuelle par le sujet sont possibles. Il n'existe pas de question sur la durée des symptômes ressentis par le sujet, le score est donc sensible à des troubles très transitoires susceptibles de guérir spontanément. De ce fait, la définition du cas est extensive (faux positifs et spécificité moyenne). Par ailleurs, ce questionnaire ne mesure que des variations d'état et ne tient pas compte des manifestations symptomatiques de trait, ni des troubles plus durables ou plus anciens. Enfin, le GHQ apprécie surtout une notion de souffrance générale envisagée sur le plan dimensionnel, plus ou moins en tant que classe morbide unique et ne permet pas d'individualiser de dépistage : il ne peut permettre de faire des diagnostics cliniques car les manifestations psychopathologiques mineures observées, tant en population générale qu'en médecine générale, ne correspondent que très imparfaitement aux catégories diagnostiques psychiatriques les plus classiques.

Bibliographie:

Banks MH. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. Psychol Med, 13: 349-53.

Bettschart W., Plancherel B., Bolognini M. (1991). Validity study of French version of the QHQ-28 in a community sample of 20 years old. Psychologie médicale, 23: 1059-64.

Bolognini M., Bettschart W., Zehndergubler M., Rossier L. (1989). The validity of the french version of the GHQ-28 and psydis in a community sample of 20 years olds in Switzerland. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci, 238: 161-8.

Darvez-Bornoz JM., Pierre F. et al. (1998). Screening for psychologically traumatized rape victims. Eur J Obstet Gyn R B, 77: 71-5.

De-Mont-Marin P., Hardy P., Lepine JP., Halfon P., Feline A. (1993). Validation of French version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a diabetic population. Encéphale, 19: 293-301.

Goldberg DP. (1972). The detection of psychiatrique illness by questionnaire maudsley monograph, n°21, Oxford, Oxford university press.

Goldberg DP., Hillier VF. (1979). A scale version of the General Health Questionnaire. Psychol Med, 9: 139-45.

Goldberg DP., Williams P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire, Nfer-nelson.

Goodchild ME., Ducan-Jones P. (1985). Chronicity and the General Health Questionnaire. Brit J Psychiat, 146: 55-61.

Pariente P., Guelfi JD. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1re partie : inventaires multidirectionnels. Psychiat Psychobiol, 5: 49-63.

Pariente P., Challita H., Mesba M., Guelfi JD. (1992). The GHQ-28 questionnaire in french : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients. Eur Psychiat, 7: 15-20.

Nom de l'outil	General Health Questionnaire (28 items)
Type d'outil	Instrument d'auto-évaluation
Troubles	Troubles psychiatriques, troubles psychiques mineurs
Objectifs	Dépistage d'une souffrance psychique globale commune à l'ensemble des troubles psychopathologiques sans présomption d'un diagnostic psychiatrique précis, mesures épidémiologiques
Population cible	Population générale, psychiatrique présentant des affections somatiques et organiques
Administration	Autoévaluation
Période de temps sur laquelle porte les outils	Etat au cours des semaines passées (problèmes actuels ou récents)
Langue / traduction	38 langues dont français / P. Pariente, M. Smith, J.D., Guelfi,

Questionnaire : GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

Traduction française : Bettschart et al. ; Révision : Pariente et al.

Consigne : *Veuillez lire ce qui suit avec attention : Nous aimerions savoir si vous avez eu des problèmes médicaux et comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines. Veuillez répondre à toutes les questions, en entourant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez. Rappelez-vous que nous désirons obtenir des renseignements sur les problèmes actuels et récents et non pas ceux que vous avez pu avoir dans le passé. Il est important que vous essayiez de répondre à toutes les questions.*

1. Vous êtes-vous senti(e) parfaitement bien et en bonne santé ?

   mieux que d'habitude — moins bien que d'habitude

   comme d'habitude — beaucoup moins bien que d'habitude

2. Avez-vous éprouvé le besoin d'un bon remontant ?

   pas du tout — un peu plus que d'habitude

   pas plus que d'habitude — bien plus que d'habitude

3. Vous êtes vous senti(e) à plat et pas dans votre assiette ("mal fichu(e)") ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

4. Vous êtes vous senti(e) malade ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

5. Avez-vous eu des douleurs à la tête ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

6. Avez-vous eu une sensation de serrement ou de tension dans la tête ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

7. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

8. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

9. Avez-vous eu de la peine à rester endormi(e) ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

10. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)" ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

11. Vous êtes-vous senti(e) irritable et de mauvaise humeur ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

12. Avez-vous été effrayé(e) et pris(e) de panique sans raison valable

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

13. Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par les évènements ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

14. Vous êtes-vous senti(e) continuellement énervé(e) ou tendu(e) ?

pas du tout | un peu plus que d'habitude
pas plus que d'habitude | bien plus que d'habitude

15. Avez-vous réussi à rester actif(ve) et occupé(e) ?

plus que d'habitude | moins que d'habitude
comme d'habitude | bien moins que d'habitude

16. Avez-vous mis plus de temps à faire les choses habituelles ?
    moins de temps que d'habitudeplus que d'habitude
    autant que d'habitude beaucoup plus de temps que d'habitude
17. Avez-vous eu le sentiment que dans l'ensemble vous faisiez bien les choses ?
    mieux que d'habitude moins bien que d'habitude
    aussi bien que d'habitude beaucoup moins bien que d'habitude
18. Avez-vous été satisfait(e) de la façon dont vous avez fait votre travail ?
    plus satisfait(e) moins satisfait(e) que d'habitude
    comme d'habitude bien moins satisfait(e)
19. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?
    plus que d'habitude moins utile que d'habitude
    comme d'habitude bien moins utile
20. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?
    plus que d'habitude moins capable que d'habitude
    comme d'habitude bien moins capable
21. Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?
    plus que d'habitude moins que d'habitude
    comme d'habitude bien moins que d'habitude
22. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?
    pas du tout plus que d'habitude
    pas plus que d'habitude bien plus que d'habitude
23. Avez-vous eu le sentiment que la vie est totalement sans espoir ?
    pas du tout plus que d'habitude
    pas plus que d'habitude bien plus que d'habitude
24. Avez-vous eu le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
    pas du tout plus que d'habitude
    pas plus que d'habitude bien plus que d'habitude
25. Avez-vous pensé à la possibilité de vous supprimer ?
    certainement pas m'a traversé l'esprit
    je ne pense pas oui certainement
26. Avez-vous pensé que parfois vous n'arriviez à rien parce que vos nerfs étaient à bout ?
    pas du tout plus que d'habitude
    pas plus que d'habitude bien plus que d'habitude
27. Vous est-il arrivé de souhaiter être mort(e) et loin de tout ça ?
    pas du tout plus que d'habitude
    pas plus que d'habitude bien plus que d'habitude
28. Est-ce que l'idée de vous supprimer réapparaissait continuellement dans votre esprit ?
    certainement pas m'a traversé l'esprit
    je ne pense pas oui certainement

3 Mesures de psychopathologie générale chez l'enfant

Le MINI-Kid 2

Auteur(s) : Sheehan DV (USA), Lecrubier Y (France)

Type : Entretien structuré

Objectifs : Le Mini-Kid 2 explore de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe du DSM-IV chez les enfants. Il s'agit d'un entretien divisé en 16 modules : épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode hypomaniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, alcool et drogues (dépendance/abus), tabac (dépendance), état de stress post traumatique, anorexie mentale, anxiété généralisée, trouble des conduites, tics et Gilles de Tourette.

Caractéristiques : Le Mini-Kid 2 est divisé en modules identifiés par des lettres, chacun correspondant à une catégorie diagnostique. Au début de chaque module, une ou plusieurs questions filtres correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé. A la fin de chaque module, une ou plusieurs boites diagnostiques permettent au clinicien d'indiquer si les critères sont atteints. Il existe une version parent et une version enfant du Mini-Kid 2

Catégorie de réponse : Dichotomique (oui/non)

Mode de passation, cotations, scores : Cet outil doit être utilisé par des professionnels formés. La nature et l'intérêt de l'entretien doivent être expliqués préalablement aux enfants. Un exemple d'introduction est fourni comme guide pour l'enquêteur. Pour les enfants de moins de 13 ans, il est préconisé d'interviewer les parents et les enfants ensemble. L'enquêteur code toutes les questions posées en fonction des réponses des enfants et de son jugement clinique.

Durée de passation : 15 minutes environ.

Population cible : Adapté à l'enfant et l'adolescent âgé de 8 à 16 ans.

Qualités métrologiques : En cours de validation par l'équipe de Y. Lecrubier (Hôpital de la Pitié Salpetrière (Paris)).

Langues : Disponible en plusieurs langues dont le français (traduction française en cours par l'équipe de Y. Lecrubier).

Intérêts et limites : Le Mini-Kid 2 paraît être un bon instrument de diagnostic aisément utilisable lors d'entretiens cliniques. Soulignons que le Mini-Kid 2 n'explore que les pathologies ayant des retentissements à l'instant présent. Il est donc utile au dépistage mais

ne peut évaluer la pathologie à long terme. Il est de plus en plus utilisé pour des enquêtes afin d'explorer certains axes du DSM-IV.

Bibliographie :

Leblanc JC., Almudevar A., Brooks SJ., Kutcher S. (2002) Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory. J Child Adol Psychop, 12(2):113-26.

Kaplan MJ., Klinetob NA. (2000) Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. J Nerv Ment Dis, 188(9):596-601.

Sheehan DV., Lecrubier Y., Sheehan KH. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiat, 159(20): 22-33.

Nom de l'outil	Mini-Kid 2
Type d'outil	Entretien structuré
Troubles	Episode dépressif majeur ; dysthymie, risque suicidaire ; épisode hypomaniaque ; trouble panique ; agoraphobie ; phobie sociale ; trouble obsessionnel compulsif, alcool et drogues (dépendance/abus) ; nicotine (dépendance) ; état de stress post traumatique ; anorexie mentale ; anxiété généralisée ; trouble des conduites ; tics et Gilles de Tourette
Objectifs	Diagnostic
Population cible	Enfants 8-16 ans
Administration	Hétéro administration
Période de temps sur laquelle porte les échelles	Deux dernières semaines

Outil : Le questionnaire peut être obtenu sur demande auprès de l'équipe de Y. Lecrubier, à l'adresse suivante :

INSERM U302
Pavillon Clérambault, Hôpital de la Salpêtrière,
47 bd de l'Hôpital,
75013 Paris.

4 Mesures de l'état de stress post-traumatique chez l'adulte

Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

Auteur(s) : Brunet et al.

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Le PDI est une échelle d'auto-évaluation permettant de déterminer les réactions émotionnelles d'un sujet, au moment d'un événement traumatique ou immédiatement après (Brunet 2000 ; Brunet 2001).

Caractéristiques : Cette échelle de 13 items a été construite à partir de la Peritraumatic Emotional Distress (Marmar, 1996). Elle présente de bonnes qualités métrologiques et distingue les émotions négatives, la perception d'une menace pour sa vie et les atteintes cognitives.

Catégorie de réponse : Chacun des 13 items est coté de 0 à 4. Le score total et le score moyen sur les 13 items sont utilisés.

Langues : Anglais, français (traduction française : Brunet et al.)

Bibliographie :

Brunet A., Weiss DS., Metzler TJ., et al. (2000). An overview of the Peritraumatic Emotional Distress Scale. Dialogues In Clin Neurosci (44-45).

Brunet A., Weiss DS., Metzler TJ., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. Am J Psychiat 158: 1480-5.

Marmar C., Weiss DS., Metzler TJ (1997). The peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. Assessing Psychological Trauma and PTSD: a handbook for practitioners. J. Wilson, Keane, TM. New York, Guilford: 412-28.

Questionnaire : ECHELLE DE STRESS PERITRAUMATIQUE

Brunet, DS. et al., 1997 (traduction française L. Jehel et col)

Consigne : *Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourez la réponse « Pas du tout vrai ».*

0 pas du tout vrai / 1 un peu vrai / 2 assez vrai / 3 très vrai / 4 extrêmement vrai

1/ Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit

2/ Je ressentais de la tristesse et du chagrin

3/ Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus

4/ J'avais peur pour ma propre sécurité

5/ Je me sentais coupable

6/ J'avais honte de mes réactions émotionnelles

7/ J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres

8/ J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions

9/ J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle

10/ J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu

11/ J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations

12/ J'étais sur le point de m'évanouir

13/ Je pensais que j'allais mourir

L'Impact of Event Scale (IES)

Auteur(s) : Horowitz et al., 1979

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Estimer l'intensité de la détresse psychologique consécutive à tout type d'événement de vie traumatique.

Caractéristiques : Instrument d'auto-évaluation développé par Horowitz et al. avant l'introduction de l'ESPT dans la littérature diagnostique. Il comporte 15 items explorant la fréquence des pensées intrusives et des comportements d'évitement dans la semaine écoulée. Dans l'étude originale, deux facteurs ont été dégagés à partir d'une analyse factorielle : le premier correspond aux symptômes d'évitement (8 items) et le second correspond aux symptômes d'intrusion (7 items).

Les items correspondants au facteur "intrusion" sont les questions 1, 4, 5, 6, 10, 11, 14 ; ceux correspondants au facteur "évitements" : 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15. Une version récente intègre des items supplémentaires correspondant aux symptômes d'hyperréactivité (*cf.* IES revised)

Catégorie de réponse : Pour chaque item, le patient doit indiquer la fréquence sur une échelle de likert à 4 points. Les questions portent sur les 7 derniers jours.

Mode de passation, cotations, scores : Les items sont cotés en fonction de la fréquence rapportée par le sujet (0 : pas du tout, 1 : rarement, 3 : parfois, 5 : souvent). Les scores sont obtenus en sommant les réponses à chaque item. La note maximale atteint 75.

Durée de passation : Environ 5 minutes

Population cible : L'échelle a été utilisée dans de multiples populations adultes : vétérans de guerre, victimes d'agression, accidentés de la route, survivants de catastrophes naturelles …

Elle a aussi été utilisée chez l'enfant et l'adolescent et constitue probablement le meilleur questionnaire pour évaluer l'ESPT dans cette population.

Elle a aussi fait la preuve de son utilité dans des essais cliniques pour évaluer l'efficacité de prises en charges, du débriefing, ou de traitements médicamenteux.

Qualités métrologiques : Les qualités métrologiques de l'IES ont été évaluées par plusieurs études auprès d'adultes :

- sa consistance interne est tout à fait satisfaisante : Alpha de Cronbach entre 0,78 et 0,88 selon les études de Horowitz et al. (1979), Zilberg et al. (1982) et Shalev et al. (1992) ;
- la valeur test-retest étudiée à une semaine d'intervalle était de 0,89 pour le facteur "intrusion" et de 0,79 pour le facteur "évitement".

Par contre, la validité de contenu de l'IES comme mesure de l'ESPT est limitée : il manque les symptômes d'hyperréactivité et l'outil ne couvre pas certains symptômes des critères intrusion ou évitement décrits dans le DSM. En réponse à ces limites, une version révisée (IES-R) a été proposée par Weiss et Marmar (1997) incluant les critères d'hyperactivité (*cf.* IES-revised).

Cependant, il a été montré que l'IES permet de bien différencier les sujets avec un ESPT et ceux n'ayant pas d'ESPT et qu'il s'agit d'une mesure sensible. Par contre, il n'est pas certain qu'il s'agisse d'un questionnaire spécifique de l'ESPT. Neal et al ont mis en évidence qu'un seuil de 35 produisait une VPP de 0,88. D'autres travaux ont montré que les scores IES sont corrélés aux scores d'autres mesures de l'ESPT. Mais, selon certains travaux, des personnes répondant à l'IES peuvent facilement exagérer ou simuler des symptômes de psychopathologie.

La validation de la version française de l'IES a été réalisée auprès de 34 sujets contrôles et 20 sujets répondant aux critères de l'ESPT du DSM III-R (victimes d'agression ou d'accident de la circulation). D'après cette étude, un score supérieur à 42 permet de classer les sujets en ESPT avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 100 %. Aucune analyse factorielle de l'outil n'est disponible à notre connaissance à l'heure actuelle.

Langues : Anglais, français (traduction française : Hansenne et al.). Traduction indépendante par 2 auteurs francophones puis élaboration d'une version commune et retraduction en anglais par un auteur anglophone et comparaison à la version originale.

Intérêts et limites : Echelle très fréquemment utilisée, notamment en épidémiologie. Peut aussi être utilisée en pratique clinique ou en expertise pour estimer l'intensité des conséquences d'un traumatisme et pour évaluer l'évolution des symptômes.

L'outil s'avère cependant moins pertinent chez des personnes ayant été exposées à de multiples traumatismes comme par exemple, des réfugiés, dans la mesure où il ne permet pas de faire référence à un traumatisme unique. Mais cette critique vaut aussi pour d'autres échelles.

L'instrument n'est pas recommandé pour évaluer la présence d'un ESPT mais il comporte des propriétés psychométriques satisfaisantes comme mesure de détresse subjective. Il peut

être vu comme un indicateur des processus cognitifs et comportementaux. Certains travaux suggèrent que des scores élevés à l'IES dans les semaines ou mois suivant un événement prédisent une détresse psychologique ou un ESPT ultérieur (6 mois à un an).

Il manque des critères et des normes pour une utilisation diagnostique. C'est peut-être une des raisons de son succès : alors que les critères diagnostiques ont évolué et de nouveaux instruments ont été proposés, l'IES constitue un instrument standard qui n'a pas changé depuis 20 ans. Un argument en faveur de la poursuite de son utilisation est donc qu'il permet des comparaisons entre des évaluations anciennes et récentes.

Bibliographie :

Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective Stress. Psychosom Med, 41: 209-18

Stephen J. (2000). Psychosometric evaluation of Horowitz Impact of Event Scale: a review. J Trauma Stress, 13: 101-13

Hansenne M, Charles G, Pholien P. et al. (1993). Mesure subjective de l'impact d'un événement: traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. Psychol Med, 25: 86-8

Zilberg N., Weiss DS., Horowitz MJ. (1982). Impact of event scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress syndromes. J Consul & Clin Psychol 50: 407-14.

Nom de l'outil	Impact of Event Scale
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	ESPT
Objectifs	Estimer l'intensité de la détresse psychologique consécutive à tout type d'événement de vie traumatique
Population cible	Adulte
Administration	Autoévaluation
Période de temps sur laquelle porte les échelles	Une semaine
Langues / traduction	anglais, français / Hansenne et al.

Questionnaire : IMPACT OF EVENT SCALE

Consigne : *Le . . / . . / . . . ., vous avez vécu [événement] ; Ci-dessous se trouve une liste de commentaires faits par des personnes ayant subi un événement stressant. Cochez chaque proposition en indiquant la fréquence à laquelle ces commentaires étaient vrais pour vous au cours des 7 derniers jours. S'ils ne se sont pas produits au cours de cette période cocher la colonne "pas du tout".*

1/ J'y ai pensé quand je n'en avais pas l'intention

pas du tout rarement parfois souvent

2/ J'ai évité de me laisser emporter par la colère quand j'y ai pensé ou quand quelque chose ou quelqu'un me l'a rappelé

3/ J'ai essayé de l'enlever de ma mémoire

4/ Des images ou des pensées à ce sujet m'ont réveillé ou empêché de dormir

5/ J'ai vécu à ce sujet des sentiments par moments intenses

6/ J'en ai rêvé

7/ Je suis resté à l'écart de ce qui me le rappelait

8/ J'ai eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu ou n'avait pas été réel

9/ J'ai essayé de ne pas en parler

10/ Des images à ce sujet ont fait irruption dans mon esprit

11/ D'autres choses ont continué à m'y faire penser

12/ J'ai pris conscience que cela me faisait toujours quelque chose mais que je ne savais pas y faire face

13/ J'ai essayé de ne pas y penser

14/ Tout ce qui m'a rappelé ce sujet m'a bouleversé

15/ J'ai ressenti à ce sujet une sorte d'engourdissement

L'Impact of Event Scale-Revised

Auteur(s) : Weiss et Marmar (1997)

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Malgré les bonne qualités de l'IES de Horowitz, un outil plus complet a été construit par Weiss et Marmar afin de diagnostiquer l'ensemble des troubles de l'ESPT : les symptômes d'évitement, d'intrusion et les symptômes d'hyperactivité neurovégétative.

Caractéristiques : L'IES-R est composé de 22 items répartis en 3 sous-échelles permettant de distinguer les symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 14, 16, 20), d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) et d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21). L'IES-R contient toute les questions originales de l'IES et 7 questions supplémentaires permettant de couvrir les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (soit les problèmes de sommeil, d'irritabilité, de concentration, d'hypervigilance et de nervosité).

Les auteurs ont veillé à assurer la comparaison de l'IES-R avec l'outil original, par conséquent les modifications concernant les items relatifs aux facteur Intrusion et Evitement sont minimes. La question sur les problèmes de sommeil a été divisé en 2 questions "Je me suis réveillé la nuit" (facteur Intrusion) et "j'ai eu du mal à m'endormir" (facteur Hyperactivité neurovégétative). Un item a été ajouté concernant le facteur Intrusion "J'ai réagi ou ressenti des choses comme si j'étais encore dans l'événement".

Catégorie de réponse : Echelle de Likert à 5 points

Mode de passation, cotations, scores : Contrairement à l'IES, les réponses de l'IES-R sont cotées sur une échelle de fréquence à 5 points (pour chaque item, le patient doit indiquer la fréquence sur une échelle allant de 0 = pas du tout à 4 = extrêmement). Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item pour obtenir un score total. Trois sous-échelles peuvent être calculées. Les scores sur l'échelle correspondant aux symptômes d'intrusion varient de 0 à 35 ; ceux de l'échelle des symptômes d'évitements de 0 à 40 et ceux de l'échelle d'hyperactivité de 0 à 35.

Creamer et al. suggèrent d'utiliser la moyenne des scores sur l'ensemble des items plutôt que la somme des réponses à chaque item (Creamer, 2003). D'après ces auteurs une moyenne des scores à chaque item de 1,5 permet de diagnostiquer correctement des cas d'ESPT (ou encore un seuil de 33 à la somme des scores de tous les items). Asukai et al. ont proposé un cut-off à 1,4 (ou un seuil de 30) (Asukai 2002).

Il s'agit d'une évaluation au cours des 7 derniers jours.

Durée de passation : Environ 5 minutes

Population cible : Population générale adulte. Il existe un instrument français en cours de validation pour les enfants à partir de 8 ans (c*f.* IES-C).

Qualités métrologiques : Weiss et Marmar ont évalué les qualité métrologiques de l'IES-R auprès d'accidentés de la route et de personnes ayant vécu le tremblement de terre de Northridge en 1994. L'IES-R a montré une forte consistance interne (Alpha de Cronbach variant entre 0,87 et 0,92 pour le facteur Intrusion, 0,84 et 0,85 pour le facteur "évitement" et 0,79 à 0,90 pour le facteur "hyperactivité"). Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'étude de Creamer et al. (2003) dans laquelle l'IES-R était comparé à la PTSD Checklist.

La valeur test-retest variait entre 0,57 et 0,94 selon les items pour le facteur "intrusion", 0,51 et 0,89 pour le facteur "évitement" et 0,59 à 0,92 pour le facteur "hyperactivité" (Weiss, 1997).

La structure factorielle de l'IES-R varie selon les études : Weiss et Marmar ont observé une structure à 1 facteur, Maercker et al., 4 facteurs, Brunet et al. 2 ou 3 facteurs.

La version française a été validée au cours d'une étude auprès de 224 femmes (francophones) enceintes au cours de la vague de froid de janvier 1998 dans les provinces de Quebec et d'Ontario – catastrophe naturelle ayant fait 27 décès et occasionné une coupure d'électricité pour 1,4 millions de foyers jusqu'à 4 semaines. Selon cette étude, la consistance interne de l'IES-R est satisfaisante (Alpha de Cronbach = 0,86 pour le score d'intrusion, 0,86 pour le score d'évitement et 0,81 pour le score d'hyperactivité et 0,93 pour l'ensemble de l'outil). Une analyse en composante principale a retenu une solution à 3 facteurs expliquant 56 % de la variance et générant un axe "hyperactivité", un axe "évitement" et un axe "intrusion".

La valeur test-retest a été étudiée auprès d'un autre échantillon (n=39) à un intervalle de 3 mois et était de 0,73 pour le facteur Intrusion, 0,77 pour le facteur Evitement et 0,71 pour le facteur Hyperactivité (Weiss et Marmar, 1997).

Langues : anglais, allemand, japonais, espagnol et français (traduction française : Brunet A. et al., 2003).

Intérêts et limites : L'IES-R est un outil récent qui a été peu utilisé jusqu'alors, il présente néanmoins de bonnes qualités métrologiques. Par contre, les auteurs de la version française ne proposent pas de seuil de score permettant de diagnostiquer les cas d'ESPT.

Bibliographie :

Weiss D., Marmar CR. (1997). The impact of Event Scale-Revised. Assessing Psychological trauma and PTSD: a handbook for practitioners. In Wilson J. and Keane TM. Guilford Press: New York, 399-411.

Brunet A., St-Hilaire A., Jehel L., King S. (2003). Validation of a french version of the Impact of Event Scale-Revised. Can J Psychiat, 48(1): 56-61.

Bouvard M., Cottraux J. (2002). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Ed. Masson, Paris.

Creamer M., Bell R., Failla S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. Behav Res Ther, 41(12): 1489-96.

Asukai N., Kato H., Kawamara N. et al. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised: four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis, 190: 175-82.

Baumert J., Simon H., Gundel H., Schmitt C., Karl-Heinz L. (2004). The Impact of Event Sacle-Revised : evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event. An analysis of 129 patients with implanted cardioverter defibrillator. J Affect Disorders, 82(1):29-41

NOM de l'outil	Impact of Event Scale-Revised
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	ESPT
Objectifs	Déterminer la présence de symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hyperactivité neurovégétative
Population cible	Population générale adulte
Administration	auto-évaluation
Période de temps sur laquelle porte les échelles	7 jours
Langues / traduction	Anglais, français, allemand, japonais, espagnol / Brunet et al.

Questionnaire : IMPACT OF EVENT SCALE-REVISED

Consigne : *Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement.*

1/ Tout rappel de l'événement a réveillé des sentiments face à l'événement

0 Pas du tout   1 Un peu   2 Moyennement   3 Beaucoup   4 Enormément

2/ Je me suis réveillé(e) la nuit

3/ Différentes choses ont continué à me faire penser à l'événement

4/ Je me suis senti(e) irritable et en colère

5/ Quand j'ai repensé à l'événement ou qu'on m'y a fait pensé, j'ai évité de me laisser envahir par mes émotions

6/ Sans le vouloir, j'ai repensé à l'événement

7/ J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel

8/ Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui me faisait penser à l'événement

9/ Des images de l'événement ont surgi dans ma tête

10/ J'ai été nerveux (nerveuse) et j'ai sursauté facilement

11/ J'ai essayé de ne pas y penser

12/ J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face

13/ Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés

14/ J'ai réagi ou ressenti des choses comme si j'étais encore dans l'événement

15/ J'ai eu du mal à m'endormir.

16/ J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement

17/ J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire

18/ J'ai eu des difficultés à me concentrer

19/ Ce qui m'a rappelé l'événement m'a causé des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations

20/ J'ai rêvé à l'événement

21/ J'étais aux aguets, sur mes gardes

22/ J'ai essayé de ne pas parler des inondations.

5 Mesure de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant

L'Impact of Event Scale

Auteur(s) : Yule W, Dyegrow A.

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Evaluation de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Caractéristiques : Cette échelle pour les enfants a été créée à partir de la version de l'IES pour adultes (Horowitz). La version originale comptait 8 items (Yule 98, Dyegrow 95). L'échelle actuelle, en treize items, est plus complète et se rapproche de la définition de l'ESPT selon les critères du DSM IV. Elle porte sur les symptômes d'intrusion (4 items), d'évitement (4 items) et d'hyperactivité neurovégétative (5 items) au cours des sept derniers jours.

Catégorie de réponse : Pour chaque item, l'enfant indique la fréquence du symptôme sur une échelle de Likert coté en 4 niveaux (0 : pas du tout, 1 : rarement, 3 : de temps en temps, 5 : souvent).

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un autoquestionnaire complété en présence d'un adulte qui s'assure de la bonne compréhension de l'enfant. Les scores sont obtenus en sommant les réponses de chaque item (la note maximale est de 80).

Durée de passation : environ 10 minutes

Population cible : Cette échelle a été validée pour des enfants de plus de 8 ans.

Qualités métrologiques : L'échelle a été validée lors d'une étude auprès d'un échantillon de 2 976 enfants de Bosnie Herzégovine âgés de 9 à 14 ans. La consistance interne de l'échelle est élevée (Alpha de Cronbach : 0,80). Une note seuil supérieure ou égale à 17 permet de classer correctement les cas d'ESPT avec une sensibilité et une spécificité de 90 % selon Yule et al. mais en ne tenant compte que de 2 dimensions : l'évitement et l'hyperactivité.

Langues : Anglais, bosniaque. Il n'existe pas de validation en langue française à l'heure actuelle. Un processus de traduction en français et retraduction en anglais a été réalisé par le comité de suivi épidémiologique AZF de l'InVS, en collaboration avec le Dr. Anne Lovell, psychiatre épidémiologiste de langue anglaise afin de valider sa compréhension.

Intérêts et limites : Cette version courte pour enfant est récente et a fait l'objet de très peu de publications.

L'intérêt de cette version réside dans la prise en compte des trois dimensions de l'ESPT et le nombre restreint des items qui facilite la compréhension et la compliance de l'enfant. En revanche, des problèmes de fiabilité de dépistage des troubles d'ESPT peuvent se poser.

Bibliographie :

Smith P., Perrin S., Yule W., Rabe-Hesketh S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. Child Psychol Psychiatry, 42(3): 395-404

Horowitz MJ., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective distress. Psychosom Med, 41: 209–18.

Hansenne M., Charles G., Pholien P., et al. (1993). Mesure subjective de l'impact d'un événement: traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. Psychologie Médicale, 25 : 86–8.

Nom de l'outil	Children Impact of Event Scale
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	Etat de Stress Post-traumatique (ESPT)
Objectifs	Dépistage de l'ESPT
Population cible	Enfants de plus de 8 ans
Administration	Auto-administré
Période de temps sur laquelle porte les échelles	7 jours
Langues/traduction	Anglais, bosniaque/ Traduction en français par le Dr Lovell, non validée

Questionnaire : CHILDREN IMPACT OF EVENT SCALE

Consigne : *voici une liste de commentaires faits par des personnes après un évènement stressant. Lis bien chaque proposition et indique parmi les réponses possibles celle qui correspond le mieux à ce que tu as ressenti durant ces sept derniers jours.*

1-Je me mets à penser à l'évènement sans le vouloir

Pas du tout Rarement De temps en temps Souvent

2-J'essaie de l'effacer de ma mémoire

3-J'ai du mal à faire attention ou à me concentrer

4-Je me sens envahi(e) par des émotions fortes liées à l'évènement

5-Je suis plus nerveux (nerveuse), je sursaute plus facilement qu'avant l'événement

6-J'essaie d'éviter tout ce qui peut me rappeler l'événement

7-J'essaie de ne pas parler de l'événement

8-J'ai des images de l'évènement qui me viennent tout à coup à l'esprit

9-Certaines choses continuent à me faire penser à l'événement

10-J'essaie de ne pas penser à l'événement

11-Je me sens facilement agacé(e), en colère

12-Je me sens sur mes gardes sans raison évidente

13-J'ai du mal à bien dormir

La Children Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)

Auteur(s) : Frederick, Pynoos et Nader

Type : Echelle d'hétéroévaluation

Objectifs : Evaluation des symptômes de stress post-traumatique après exposition à des évènements traumatiques variés.

Caractéristiques : La CPTSD–RI est une échelle de 20 items, dérivée du Reaction Index for adults (Frederick 1985).

Catégorie de réponse : Chaque item de l'échelle est coté en 5 niveaux (0 jamais, 1 presque jamais, 2 parfois, 3 souvent, 4 le plus souvent). Le score global varie entre 0 et 80.

Mode de passation, cotations, scores : Cette échelle est très utilisée lors d'entretiens semi-structurés. Des instructions sont données aux interviewers pour adapter l'échelle à l'événement traumatique étudié. L'enquêté doit rapporter ses symptômes à l'événement ayant eu lieu auparavant.

La gradation en 4 catégories selon le score est la suivante : un score entre 12 et 24 indique un niveau de PTSD faible, entre 25 et 39 un niveau modéré, entre 40 et 59 un niveau sévère et un score de plus de 60 un niveau très sévère.

Durée de passation : 15 à 20 minutes

Population cible : Cette échelle est utilisée pour des enfants de 6 à 16 ans.

Qualités métrologiques : La validation de cette échelle a été réalisée auprès d'enfants de 7 à 16 ans ayant subi une transplantation hépatique (Walker 1999), ainsi qu'auprès d'enfants ayant subi un tremblement de terre (Pynoos et Frederick, 1990). La corrélation entre le score de la CPTS-RI et l'évaluation clinique était de 0,9 pour les 2 études.

Dans une étude portant sur les suites du tremblement de terre d'Arménie en 1989, Pynoos a montré que 90 % des enfants présentant des scores supérieurs à 40 répondaient aux critères du DSM III.

Langues : anglais, arabe. La validation de la traduction française est en cours par l'équipe du Centre de recherche de l'Hôpital Sainte Justine, Montréal, Québec (Dr Philippe Robaey : philippe.robaey@UMontreal.CA).

Intérêts et limites : Il s'agit d'une des échelles les plus utilisées dans le monde pour évaluer les troubles de stress post-traumatique chez l'enfant car le temps de passation est court, la concordance est bonne et il existe des scores de gravité.

Une limite réside dans le fait que cette échelle ne recouvre pas tous les items des critères du DSM IV et qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de validation de la version française.

Bibliographie :

Nader K. (1996). Assessing trauma in children. In Wilson J., Keane TM., Assessing psychological trauma and PTSD*. Ed. Guilford, New York.*

Nader K., Pynoos R., Fairbanks L., Frederick C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. Am J Psychiat, 147(11): 1526-30.

Nader K., Stuber M., Pynoos R. (1991). Posttraumatic stress reactions in preschool children with catastrophic illness: Assessment needs. Comprehensive Mental Health Care, 1(3): 223-229.

Pynoos RS., Frederick C., Nader K., et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. Arch Gen Psychiat, 44: 1057-63.

Pynoos, RS., Nader K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. J Traum Stress, 1: 445-73.

Frederick C. (1985). Children traumatized by catastrophic situations, In Pynoos R. Post traumatic stress disorder in children. Ed. American Psychiatric Press ,Washington, DC, p71-99

Nader KO., Pynoos RS., Fairbanks LA., et al. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. Br J Clin Psychol, 32: 407-16.

Nom de l'outil	Children Post Traumatic Stress Reaction Index
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	Etat de Stress Post-traumatique (ESPT)
Objectifs	Dépistage de l'ESPT
Population cible	Enfants de 6-16 ans
Administration	Hétéro-administré
Période de temps sur laquelle porte les échelles	Antériorité de l'évènement
Langues /traduction	Anglais, arabe / Traduction en cours

Questionnaire : CHILDREN POST TRAUMATIC STRESS REACTION INDEX

Consigne *: lis les propositions et réponds en cochant la réponse qui correspond le mieux à ton cas*

1. Ce qui t'est arrivé aurait il beaucoup inquiété la plupart de s enfants de ton âge ?

Jamais | Presque jamais | Parfois | Souvent | Presque tous les jours

2. As tu peur, es tu de mauvaise humeur ou es tu inquiet(e) quand tu penses à ce qui est arrivé ?

3. Revois tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé, ou entends tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

4. Penses tu à ce qui t'est arrivé même si tu ne veux pas y penser ?

5. Fais tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais tu d'autres sortes de cauchemars ?

6. Est ce qu'il y a des choses qui te font penser que cela pourrait encore arriver ?

7. As tu autant de plaisir à faire les chose que tu aimais faire avant cet évènement, comme jouer avec tes amis, faire du sport ou aller à l'école ?

8. Te sens tu tout(e) seul(e) au fond de toi parce que tu as l'impression que personne ne comprend ce qui t'est arrivé ?

9. As tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu préfères ne pas savoir comment tu te sens ?

10. As tu si peur, es tu si inquiet(e) ou si triste que tu ne peux même pas parler ou pleurer ?

11. Sursautes tu plus facilement ou te sens tu plus agité(e) ou plus nerveux(se) qu'avant l'évènement ?

12. Dors tu bien ?

13. Te sens tu coupable parce que tu n'as pas fait quelque chose que tu aurais voulu faire ? (Par exemple : aider quelqu'un, etc.…). Ou te sens tu coupable parce que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas voulu faire ?

14. As tu des difficultés à te rappeler des choses que tu as apprises à l'école ou à la maison parce que tu penses à l'événement ?

15. Es tu aussi attentif(ve), te concentres tu aussi facilement qu'avant l'événement ?

16. Veux tu t'éloigner des choses qui te rappellent ce qui t'est arrivé ?

17. Deviens tu nerveux(se) ou inquiet(e) lorsque des choses te rappellent ou te font penser à l'événement ?

18. Refais tu des chose que tu avais arrêtées de faire avant l'évènement ? Par exemple : vouloir avoir quelqu'un toujours près de toi, ne pas vouloir dormir seul(e), sucer ton pouce ou tes doigts, ronger tes ongles ou mouiller ton lit ?

19. As tu plus mal au ventre, à la tête ou ailleurs qu'avant l'évènement ?

20. As tu des difficultés à te retenir de faire des choses que tu n'aurais pas faites avant ? Par exemple te battre, désobéir, faire des choses dangereuses ou imprudentes, dire des gros mots… ?

6 Echelles d'anxiété et de dépression chez l'adulte

La Hospital And Depression Scale

Auteurs : Zigmond AS., Snaith RP.

Type : échelle d'auto-évaluation

Objectifs : L'objectif de la HAD est d'évaluer le niveau de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine qui présentent fréquemment des problèmes organiques.

L'échelle HAD a été mise au point afin de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques un outil de dépistage ou de diagnostique précoce des troubles de l'humeur. Sa finalité ne consiste donc pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.

Caractéristiques : Auto-questionnaire structuré de 14 items (7 items évaluant la dépression et 7 items évaluant l'anxiété) développé par Zigmond et Snaith (1983). Les items de la sous-échelle dépression comprennent un item évaluant la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq autres la dimension anhédonique qui, pour les auteurs, est très spécifique de la dépression et dont la sévérité implique l'indication d'un traitement antidépresseur. Les items de la sous-échelle anxiété proviennent de certaines sections du Present State Examination de Wing (PSE) ainsi que de la Clinical Anxiety Scale (Snaith, 1982).

Selon Zigmond et Snaith, la période sur laquelle porte l'évaluation est un des problèmes majeurs posés par des échelles de ce type. Le but est d'estimer l'état affectif actuel du sujet mais, si une telle instruction lui est donnée, le risque est grand d'obtenir un score élevé, notamment à l'échelle anxiété, du simple fait de la consultation. Un compromis possible consiste donc à lui demander de compléter ce questionnaire en fonction de son état au cours de la semaine écoulée.

Mode de passation, cotations, scores : La passation de l'échelle est très aisée et très rapide. Il est recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle et, selon les auteurs, lors d'une utilisation en médecine, de lui signaler qu'en aucun cas ses réponses impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients éventuellement peu enclins à une telle approche.

Les items d'anxiété et de dépression sont alternés. Pour chaque item, quatre réponses de sévérité croissante (de 0 à 3) ou décroissante (de 3 à 0) sont proposées. Le nombre pair de

ces propositions de cotation a été adopté afin d'éviter la centration des réponses sur un score moyen. Une alternance dans l'ordre des cotations (croissant ou décroissant) à chaque item a été réalisée pour éviter les biais liés à leur répétition. Chaque réponse cotée sur l'échelle évalue de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.

Un score total est ainsi obtenu ainsi que des scores aux deux sous-échelles : le score maximal est de 42 pour l'échelle globale et de 21 pour chacune des sous-échelles. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie plus sévère (Razavi , 1989&1990).

Pour les auteurs de l'échelle, si l'on désire étudier les patients qui présentent une probabilité élevée de présenter un trouble affectif ou encore une faible proportion de faux-positifs, la valeur supérieure du score des cas limites est fixée à 10 pour chacune des sous-échelles. Si à l'inverse on souhaite pouvoir inclure tous les cas possibles ou encore une faible proportion de faux-négatifs, la valeur inférieure du score est fixée à 8. La sensibilité et la spécificité de ces notes-seuils ont été étudiées par rapport à un critère de validation externe - présence d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-III - évalué à l'aide d'un questionnaire inspiré du Composite International Diagnostic Interview. Pour la sous-échelle dépression, la sensibilité est de 77,7 % et la spécificité de 80,4 % pour un seuil de 8, et respectivement de 69,4 % et 87,6 % pour un seuil de 10 (Lépine, 1985). Pour Barczack et al. (1988), une note de 8 et plus constituerait le seuil optimal avec pour l'anxiété et la dépression respectivement des sensibilités de 82 et 70 % et des spécificités de 94 et 68 %. Dans une étude réalisée dans une unité d'oncologie, Razavi et al. (1990) ont proposé de retenir le score global de l'échelle en additionnant les scores des deux échelles anxiété et dépression. Dans ces conditions, la note-seuil optimale serait de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité 70 %, spécificité 75 %) et de 13 pour les troubles de l'adaptation et les dépressions majeures (sensibilité 75 %, spécificité 75 %).

Population cible : L'instrument peut être utilisé auprès de patients en médecine avec des problèmes organiques, de patients cancéreux pour le dépistage ou diagnostic précoce des troubles de l'humeur, de patients présentant une détresse psychologique ou psychiatrique.

Qualités métrologiques : Dans l'étude princeps, les auteurs ont évalué des patients en médecine interne et ont comparé les résultats obtenus par cet auto-questionnaire à une évaluation par le clinicien sur une échelle en 5 points. Les coefficients de Spearman étaient de 0,70 pour la dépression et de 0,74 pour l'anxiété. Les cas certains pour le clinicien correspondaient à une note de 3 ou 4 à son évaluation et les cas douteux à une note de 2. Des notes-seuils des deux sous-échelles de la HAD ont ensuite été déterminées avec les

valeurs suivantes : 7 ou moins : absence de cas ; 8 à 10 : cas douteux ; 11 et plus : cas certain.

Dans ces conditions, dans une population de 100 patients, 1 % de faux-positifs et 1 % de faux-négatifs ont été observés pour le diagnostic de la dépression. Pour l'anxiété, ces chiffres étaient respectivement de 5 et 1 %.

Afin de déterminer si les deux sous-échelles évaluaient des dimensions différentes ou ne représentaient qu'un index général de trouble émotionnel, les auteurs ont sélectionné 17 patients chez lesquels l'évaluation du clinicien de la sévérité de l'anxiété et de la dépression différait de deux points ou plus. Dans ces conditions, l'auto-évaluation de l'anxiété n'est pas corrélée à l'appréciation clinique de la dépression (0,19) et l'auto-évaluation de la dépression n'est pas corrélée à l'évaluation de l'anxiété (0,08). Enfin, les auteurs ont comparé les scores obtenus par des patients présentant une maladie physique mais pas de troubles affectifs (note du clinicien de 0 ou 1) à ceux observés dans un échantillon de sujets normaux appariés pour le sexe et l'âge. L'absence de différence des notes montre bien, selon eux, que la maladie physique en l'absence de troubles psychopathologiques n'affecte pas le score de l'échelle. Pour plus d'information sur les qualités psychométriques de cet outil, on pourra se référer aux publications suivantes : Lépine (1985), Snaith et Taylor (1985), Razavi (1989) et Friedman (2001).

Langues : Des versions de cette échelle existent en Anglais, Hollandais, Arabe, Allemand, Hébreu, Suédois, Italien, Espagnol et Français (traduction française : Lépine et al. (1985) et Ravazi et al. (1989))

Intérêts et limites : L'échelle HAD est un instrument très rapide d'évaluation clinique des dimensions anxieuses et dépressives et peut être utilisée dans des travaux de recherche clinique ou thérapeutique visant, d'une part, à dépister les patients anxieux et/ou déprimés mais également à apprécier les changements d'état de ces sujets.

Cet instrument d'auto-évaluation est aisé à remplir par des sujets de niveaux culturels variés. Son utilisation est possible chez des patients présentant des troubles d'origine somatique car l'échelle est peu contaminée par les troubles somatiques. Son intérêt réside essentiellement dans une approche dimensionnelle de la symptomatologie du sujet au moment même où il remplit ce questionnaire. Plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles (DSM IV ou ICD 10), elle évalue un indice de sévérité symptomatique et mesure des variables d'état ne renseignant que peu sur les manifestations de trait et encore moins sur le degré transitoire ou non des éléments psychopathologiques.

L'échelle est sensible au changement dans l'étude des patients déprimés et elle permet donc de suivre l'évolution de la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive au cours du temps, lors d'un traitement par exemple (Friedman, 2001).

Si l'on désire l'utiliser dans une perspective catégorielle, le problème de la note-seuil à retenir pour la définition du cas n'offre pas de solution univoque. L'échelle peut être utilisée comme instrument de dépistage - par exemple dans une stratégie d'étude en deux phases : HAD chez tous les sujets puis évaluation clinique plus complète chez ceux ayant un score supérieur à une note-seuil prédéterminée.

De multiples équipes l'ont utilisée dans une perspective épidémiologique afin de déterminer, en fonction des notes-seuils, la fréquence des troubles anxieux et dépressifs dans diverses populations d'étude (Friedman, 2001).

Elle n'évalue pas les manifestations pathologiques plus anciennes voire la durée des troubles, élément nécessaire au diagnostic.

Bibliographie :

Barczack P., Kane N., Andrews S., Congdon A.M., Clay JC., Betts T. (1988). Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic: a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). Brit J Psychiat, 152: 698-700.

El-Rufaie O., Absood G. (1987). Validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of saudi patients. Brit J Psychiat, 151: 687-688.

Friedman S., Samuelian JC., Lancrenon S., Even C., Chiarelli P. (2001). Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. Psychiat Res, 104: 247-57.

Lepine JP., Godchau M., Brun P. (1985). Anxiety and depression in inpatients, Lancet, 1425-6.

Lepine JP., Godchau M., Brun P., Lemperiere T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. Ann Medico Psychol, 143: 175-89.

Lepine JP., Godchau M., Brun P., Teherani M. (1986). Utilité des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression en médecine interne. Acta Psychiatrica Belgica, 86, 608-15.

Nayani S. (1989). The evaluation of psychiatric illness in asian patients by the Hospital Anxiety Depression Scale. Brit J Psychiat, 155: 545-547.

Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. Rev Psychol App, 39: 295-308.

Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients. Brit J Psychiat, 156: 79-83

Snaith RP. (1987). The concepts of mild depression. Brit J Psychiat, 150: 387-393.

Snaith RP., Baugh SJ., Clayden AD., Hussain A., Sipple M. (1982). The Clinical Anxiety Scale: a modification of the Hamilton Anxiety Scale. Brit J Psychiat, 141: 518-23.

Snaith RP., Taylor CM. (1985). Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. Brit J Clin Pharmacol, 19: 17S-20S.

Zigmond AS., Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 67: 361-370.

Nom de l'outil	Hospital And Depression Scale
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	Symptomatologie anxieuse et dépressive, troubles de l'humeur
Objectifs	Diagnostic, dépistage précoce des troubles de l'humeur
Population cible	Patients en médecine avec des problèmes organiques, patients cancéreux pour le dépistage ou diagnostic précoce des troubles de l'humeur, patients présentant une détresse psychologique ou psychiatrique.
Administration	Autoévaluation
Période de temps sur laquelle porte les outils	Sur les 7 derniers jours
Langues/ traduction	Français, Hollandais, Arabe, Allemand, Hébreu, Suédois, Italien, Espagnol et Urdu. / Lépine et al. (1985) et Ravazi et al. (1989)

Questionnaire : HOSPITAL AND DEPRESSION SCALE

Consigne : *Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés sur le questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire: votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée*.

1- Je suis tendu, énervé.

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

2- J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent.

Oui, toujours	0
Le plus souvent	1
De plus en plus rarement	2
Tout est plus difficile	3

3- Je me sens ralenti.

Pratiquement tout le temps	3
Très souvent	2
Quelquefois	1
Pas du tout	0

4- J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué.

Très souvent	3
Assez souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

5- J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence.

Totalement	3
Je n'y fait plus attention	2
Je n'y fait plus assez attention	1
J'y fait attention comme d'habitude	0

6- J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place.

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

7- J'envisage l'avenir avec optimisme.

Comme d'habitude	0
Plutôt moins qu'avant	1
Beaucoup moins qu'avant	2
Pas du tout	3

8- J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible aller m'arriver.

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu mais cela ne m'importe pas	1
Pas du tout	0

9- Je sais rire et voir le bon côté des choses.

Toujours autant	0
Plutôt moins	1
Nettement moins	2
Plus du tout	3

10- Je me fais souvent du souci.

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

11- Je me sens heureux.

Jamais	3
Pas souvent	2
Quelquefois	1
La plupart du temps	0

12- Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux.

Jamais	3
Rarement	2
Oui, en général	1
Oui, quoiqu'il arrive	0

13- Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un programme de radio ou de télé.

Souvent	0
Assez souvent	1
Rarement	2
Pratiquement jamais	3

14- J'éprouve des sensations soudaine de panique.

Très souvent	3
Assez souvent	2
Rarement	1
Jamais	0

La Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

Auteur : Radloff LS.

Type : échelle d'auto-évaluation

Objectifs : Son objectif est de dépister des cas potentiels de dépression et d'évaluer l'intensité actuelle de la symptomatologie dépressive.

Caractéristiques : L'échelle est composée de 20 items exprimant des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. Cinq axes de symptomatologie dépressive sont identifiés cliniquement et par analyse factorielle : humeur dépressive, sentiments de culpabilité, ralentissement psychomoteur, perte d'appétit, troubles du sommeil.

Mode de passation, cotations, scores : L'échelle évalue l'état du sujet au cours des 7 derniers jours. Elle est sensible aux changements de l'état thymique et adaptée à des mesures répétées dans le temps.

La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points : jamais ou très rarement (moins d'un jour : 0), occasionnellement (1 à 2 jours : 1), assez souvent (3 à 4 jours : 2) et fréquemment (5 à 7 jours : 3).

L'intervalle des notes s'étend de 0 à 60, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Radloff (1977, 1986) a proposé une note-seuil de 16 ou plus témoignant d'une symptomatologie dépressive élevée. Ce score a été retenu dans la grande majorité des études. Cependant plusieurs auteurs estiment que ce score est trop bas : Husaini et Neff (1980) ont suggéré de retenir un seuil de 17 et plus pour définir les cas possibles et de 23 et plus pour les cas probables.

Dans des travaux de validation de la version française de cette échelle, Führer et Rouillon (1989) suggèrent de retenir une note-seuil de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. Si l'on adopte ces scores, la sensibilité est de 0,76 et la spécificité de 0,71. Le seuil de l'instrument peut être ajusté pour atteindre un niveau optimal de sensibilité et de spécificité.

Population cible : La CES-D est avant tout destinée à des études épidémiologiques réalisées en population générale ou dans des groupes de sujets consultant dans des services de santé les plus divers.

Qualités métrologiques : Les études de validation de la version française ont été réalisées chez des malades mentaux psychiatriques en ambulatoire et en médecine générale (Rouillon et Fuhrer, 1989). Les premières études de terrain ont été réalisées dans le cadre

des enquêtes du programme CMHA (Community Mental Health Assessment) dans le Comté de Washington et à Kansas City en 1971 - 1973. Les scores moyens dans ces études étaient de 7,80 et de 9,92 (écart type 7,50 et 9,31). Un seuil de 16 correspondait approximativement au 80ème percentile de l'échantillon de ces populations.

La consistance interne de l'échelle est élevée dans la population générale (Alpha de Cronbach : 0,85) et chez les patients psychiatriques (Alpha de Cronbach : 0,90) (Nunnaly 1978). Comme cela est prévisible avec des échelles sensibles à l'état dépressif actuel, les corrélations test-retest sont moins élevées mais sont cependant de l'ordre de 0,45 à 0,70, et diminuent avec l'allongement de la période de temps séparant les deux passations.

Plusieurs études ont analysé la validité concourante de la CES-D. Comparativement à d'autres échelles de dépression, donc au plan dimensionnel, les corrélations sont satisfaisantes. Dans l'étude de Weissman et al. (1977), les coefficients de corrélation de la CES-D variaient de 0,73 à 0,89 avec la sous-échelle de dépression de la SCL-90, selon les groupes de patients, de 0,49 à 0,85 avec l'échelle de Hamilton et de 0,28 à 0,79 avec l'échelle de Raskin. Dans une autre étude portant sur des déprimés ambulatoires, Weissman et al. (1986) ont retrouvé une corrélation de 0,72 avec l'échelle de Zung et de 0,52 avec l'échelle de Beck avant traitement et, respectivement, de 0,90 et 0,81 en fin de traitement. D'autres études de validation ont été effectuées aux Etats-Unis : Myers et Weissman (1980), Roberts et vernon (1983), Boyd et al. (1982).

Langues : Anglais, français (traduction française : R. Furher et F. Rouillon)

Intérêts et limites : Cet auto-questionnaire est facile à remplir par des sujets de niveaux culturels variés. De plus, il a été testé dans des populations très diverses (populations générales, patients présentant des affections somatiques) et dans des tranches d'âge également larges (adulte, adolescent, sujet âgé). Son intérêt réside essentiellement dans une approche dimensionnelle de la symptomatologie du sujet au moment même où il remplit ce questionnaire. Plus qu'un indicateur des symptômes dépressifs, il évalue un indice de souffrance générale et mesure des variables d'état.

Il permet de conduire des études sur des groupes importants de sujets, d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive et de rechercher des corrélations entre ces manifestations et d'autres variables quantitatives ou qualitatives tels certains facteurs socio-démographiques, l'influence des événements de vie, du réseau et du soutien social. Les nombreux travaux publiés, qui ont utilisé cette échelle, autorisent des comparaisons entre les différentes études.

Cet auto-questionnaire n'évalue pas les manifestations pathologiques plus anciennes. Il ne renseigne pas sur les variables de trait et encore moins sur le degré transitoire ou non des

éléments psychopathologiques. Pour une utilisation dans une perspective davantage catégorielle, le problème de la note-seuil à retenir pour la définition du cas n'offre pas de solution univoque. La détermination de la note seuil devrait faire l'objet d'études préalables de validation au sein de la population que l'on désire étudier. Il peut ensuite être utilisé comme instrument de dépistage - par exemple, dans une stratégie d'étude en deux phases : CES-D chez tous les sujets puis évaluation clinique plus complète chez ceux ayant un score supérieur à une note-seuil déterminée.

La CES-D n'est pas un instrument d'évaluation clinique et ne doit donc pas être utilisée dans des travaux de recherche clinique ou thérapeutique visant à apprécier les changements d'état des patients.

Bibliographie

Furher R., Rouillon F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. Psychiatrie & Psychobiologie, 4: 163-166.

Myers JK., Weissman MM. (1980). Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. Am J Psychiat, 137: 1081-3.

Radloff LS. (1977). The CES-D scale : A self report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurements, 1: 385-401.

Radloff LS., Locke BZ. (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D scale, In Weissman MM., Myers JK., Ross CE., Community Surveys of Psychiatric Disorders, Ed. Rutgers University Press: New Brunswick, 177-89.

Robert RE., Vernon SW. (1983). The center for epidemiologic studies depression scale : Its use in a community sample. Am J Psychiat, 140: 41-6

Weissman MM., Prusoff BA., Newberry P. (1986). Comparison of the CES-D with standardized depression rating scales at three points in time Technical Report, In Radloff LS., Locke BZ. Ed. Yale University, National Institute of Mental Health (Contract ASH), pp74-166.

Weissman MM., Sholomkas D., Pottenger M., Prusoff BA., Locke BZ. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. Am J Epidemiol, 106: 203-14.

Nom de l'outil	Center of Epidemiologic Studies Depression Scale
Type d'outil	Echelle d'évaluation
Troubles	Symptomatologie dépressive ; humeur dépressive
Objectifs	Dépistage
Population cible	Population générale ou groupes de sujets consultant dans des services de santé les plus divers
Administration	Autoévaluation
Période de temps sur laquelle porte les outils	Au cours de la semaine écoulée (actualité des troubles)
Langue/ traduction	Français / R. Furher et F. Rouillon

Questionnaire : CENTER OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE

Radloff LS. 1977 / Traduction française : Fuhrer R., Rouillon, F.

Consigne : *Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste, durant la semaine écoulée ? Pour répondre, cochez la case correspondant à la fréquence.*

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque ligne)

1/ J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas

- 0 Jamais, très rarement (moins d'un jour) ;
- 1 Occasionnellement (1 à 2 jours)
- 2 Assez souvent (3 à 4 jours) ;
- 3 Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours).

2/ Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit

3/ J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis

4/ J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

5/ J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais

6/ Je me suis senti(e) déprimé(e)

7/ J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort

8/ J'ai été confiant(e) en l'avenir

9/ J'ai pensé que ma vie était un échec

10/ Je me suis senti(e) craintif(ve)

11/ Mon sommeil n'a pas été bon

12/ J'ai été heureux(se)

13/ J'ai parlé moins que d'habitude

14/ Je me suis senti(e) seul(e)

15/ Les autres ont été hostiles envers moi

16/ J'ai profité de la vie

17/ J'ai eu des crises de larmes

18/ Je me suis senti(e) triste

19/ J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas

20/ J'ai manqué d'entrain

7 Echelles d'anxiété et de dépression chez l'enfant

Le State and Trait Anxiety inventory for Children (STAI-C)

Auteur(s) : Spielberger 1973

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Evaluation de l'anxiété

Caractéristiques : Le STAIC comporte 2 séries de 20 items chacune : l'une concerne l'anxiété en tant que « trait de personnalité » ; l'autre série concerne « l'état d'anxiété » du sujet au moment où il remplit le questionnaire, état qui peut fluctuer au cours du temps.

Mode de passation, cotations, scores : Chaque item est coté sur une échelle de 1 à 3. Le score global est obtenu par une simple somme. Le score global varie entre 20 et 60. La note seuil définissant une anxiété pathologique est de 34.

Durée de passation : 15 minutes

Population cible : enfants entre 8 et 12 ans

Qualités métrologiques : La consistance interne a été évaluée chez 246 enfants d'une école élémentaire. L'Alpha de Cronbach pour l'anxiété « état » était élevé (0,87 pour les filles et 0,82 pour les garçons) ; pour l'anxiété « trait », il était respectivement de 0,81 et 0,78. Enfin dans ce même échantillon, le test-retest, 8 semaines après, était modéré (entre 0,46 et 0,61 selon l'item étudié).

La version française a été évaluée chez 288 enfants québécois âgés entre 8 et 13 ans. La consistance interne pour l'anxiété « trait » était de 0,89 et de 0,88 pour l'anxiété « état ».

D'après Vila et al., le score-seuil de 34 est discriminant avec une sensibilité de 0,73 et une spécificité de 0,70.

Langues : Nombreuses dont française (traduction française : Vila et al (1994))

Intérêts et limites : L'échelle d'anxiété de Spielberger peut être utilisée à la fois comme instrument de dépistage (à l'école) pour détecter précocement des enfants présentant des troubles anxieux mais également comme instrument de recherche clinique. Il s'agit d'un instrument très largement utilisé en France et dans le monde. Ceci permet de faire des comparaisons entre les différentes études.

Bibliographie

Papay JP, Spielberger CD. (1986) Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first- and second-grade children. J Abnorm Child Psychol, 14(2): 279-86

Nollet-Clémençon V., Mouren S. (1999) Assessment of anxiety disorders in asthmatic children. Psychosomatics, 40(5): 404-13.

Turgeon L., Chartrand É. (2003). Psychometric properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Educational and Psychological Measurement, 63: 174-185.

Spielberger CD. (1973). Manual for the state Trait Anxiety Inventory for children (STAI- C). Plalo Alto (CA) Consulting psychologists Press; 1973.

Nom de l'outil	State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	Anxiété trait et anxiété état
Objectifs	Dépistage, recherche clinique
Population cible	Enfants 8-12 ans
Administration	Auto administré
Période de temps sur laquelle porte les échelles	7 jours

Questionnaire : STATE AND TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAIC)

consigne : *Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens* ***maintenant.*** *Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ne perds pas trop de temps sur une phrase. Souviens toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant à ce moment ci.*

1. Je me sens calme

   Presque jamais Quelquefois Souvent

2. Je me sens bouleversé(e)
3. Je me sens aimable
4. Je me sens nerveux(se)
5. Je me sens agité(e)
6. Je me sens reposé(e)
7. J'ai peur
8. Je me sens détendu(e)
9. Je me sens très inquièt(e)

10 Je me sens satisfait(e)

11. Je me sens très effrayé(e)
12. Je me sens très heureus(e)
13. Je me sens très sur(e)
14. Je me sens très bien
15. Je me sens très troublé(e)

16. Je me sens très tracassé(e)
17. Je me sens très gentil(le)
18. Je me sens très terrifié(e)
19. Je me sens très mêlé(e)
20. Je me sens très enjoué(e)

consigne : *Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens* ***en général*** *Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui semble te décrire le mieux. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ne perds pas trop de temps sur une phrase. Souviens toi de choisir le mot qui décrit le mieux comment tu te sens habituellement.*

1. Je suis préoccupé(e)par l'idée de faire des erreurs

Presque jamais Quelquefois Souvent

2. J'ai envie de pleurer
3. Je me sens malheureux(se)
4. J'ai des difficultés à prendre des décisions
5. Il est difficile pour moi de faire face à mes problèmes
6. Je m'inquiète trop
7. Je deviens bouleversé(e) quand je suis à la maison
8. Je suis gêné(e)
9. Je me sens troublé(e)
10. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent
11. Je m'inquiète à propos de l'école
12. J'ai des difficultés à décider quoi faire
13. Je remarque que mon cœur bat vite
14. J'ai peur et n'en parle à personne
15. Je m'inquiète pour mes parents
16. Mes mains sont moites (mouillées)
17. Je m'inquiète à propos de choses qui pourraient arriver
18. J'ai des difficultés à m'endormir le soir
19. J'ai une sensation bizarre dans mon estomac.
20. Je m'inquiète à propos de ce que les autres pensent de moi.

La Revised children's Manifest Anxiety Scale (RCMA-S)

Auteur(s) : Reynolds Richmond 1978

Type : auto évaluation

Objectifs : La RCMA-S mesure l'anxiété généralisée de l'enfant.

Caractéristiques : C' est une échelle de 37 items qui permet l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant selon trois sous dimensions : anxiété physiologique (10 items), hypersensibilité (11 items) et la concentration/préoccupation sociale (7 items). Une quatrième dimension correspond à la désirabilité sociale (9 items). Au total 28 items explorent l'anxiété et 9 items la désirabilité.

Catégorie de réponse : Dichotomique (oui / non)

Mode de passation, cotations, scores : Cet outil peut être utilisé en groupe ou en entretien individuel. L'entretien individuel est recommandé pour les jeunes enfants (moins de 9 ans) ou ceux qui ont des problèmes de lecture.

Un score total d'anxiété est calculé en utilisant les 28 items d'anxiété. Les tables de correspondance du manuel d'utilisation permettent d'obtenir une correspondance en percentiles et scores standardisés selon le sexe et l'age de l'enfant.

Durée de passation : environ 5 minutes

Population cible : enfants de 6–18 ans

Qualités métrologiques : Les propriétés métrologiques de cette échelle sont bonnes tant pour la consistance interne que pour la fiabilité test-retest. Dans son étude auprès de 534 enfants âgés de 8 à 13 ans, Reynolds trouve un coefficient de test-retest est de 0,68 pour l'échelle d'anxiété et de 0,58 pour l'échelle de désirabilité sociale à 9 mois d'intervalle. Il existe également une bonne corrélation (r=0,85) avec l'échelle d'anxiété de Spielberger (STAIC).

Une validation de l'échelle en version française a été réalisée par une équipe canadienne sur un échantillon de 2 666 enfants de 8 à 13 ans. La consistance interne de l'échelle et la validité test-retest à 6 mois sont similaires à celles trouvés pour les études en langue anglaise.

Langues : Nombreuses dont français (traduction française **:** Turgeon L., Centre de recherche Fernand Seguin, Hôpital Lafontaine et Université de Montréal.

Intérêts et limites : un des outils d'auto évaluation les plus largement utilisé dans le monde.

La R-CMAS est un outil très utile comme instrument de dépistage de l'anxiété à l'école notamment dans le cadre d'évaluations psychopédagogiques d'enfants présentant des difficultés scolaires. Cette échelle peut également être utilisée dans le cadre de recherche^s scientifiques.

Bibliographie :

Reynolds CR., Richmond BO. (1979) What I Think and Feel: a revised measure of Children's Manifest Anxiety.J Abnorm Child Psychol. Feb;25(1):15-20.

Reynolds, CR. (1980). Concurrent validity of What I Think and Feel: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. J Consul Clin Psychol, 48 (6), 774-5.

Reynolds, CR. (1981). Long-term stability of scores on the Revised-Children's Manifest Anxiety Scale. Perceptual and Motor Skills, 53, 702.

Reynolds CR. (1985) Multitrait validation of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for children of high intelligence. Psychol Rep.56(2):402.

Wisniewski JJ., Mulick JA., Genshaft JL., Coury, DL. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Perceptual & Motor Skills, 65(1), 67-70.

Turgeon L., Chartrand E. (2003) Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. Psychological Assessment,15(3),378-83

Questionnaire : ÉCHELLE D'ANXIETE MANIFESTE POUR ENFANTS

Consigne *: Lis chaque question attentivement. Encercle ensuite le mot **oui** si tu penses que c'est vrai pour toi. Encercle le mot **non** si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi. Si il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.*

1. J'ai de la difficulté à me décider.

   OUI NON

2. Je deviens nerveux(se) quand les choses ne vont pas comme je le voudrais
3. Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses
4. J'aime tout le monde que je connais
5. Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle
6. Je m'inquiète la plupart du temps
7. J'ai peur de plusieurs choses
8. Je suis toujours gentil(le)
9. Je me fâche facilement
10. Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses
12. J'ai toujours des bonnes manières
13. J'ai de la difficulté à m'endormir le soir
14. Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi
15. Je me sens seul(e) même quand il y a des gens avec moi
16. Je suis toujours aimable
17. Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre

18. Je me sens facilement blessé(e) dans mes sentiments
19. J'ai les mains moites (en sueur)
20. Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde
21. Je suis souvent fatigue(e)
22. Je m'inquiète de ce qui va arriver
23. Les autres enfants sont plus heureux que moi
24. Je dis toujours la vérité
25. Je fais des mauvais rêves
26. Je suis facilement blessé(e) quand on m'embête trop
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut
28. Je ne me fâche jamais
29. Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé(e).
30. Je m'inquiète quand je me couche le soir
31. J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires
32. Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire
33. Je bouge beaucoup sur ma chaise
34. Je suis nerveux(seuse)
35. Plusieurs personnes sont contre moi
36. Je ne mens jamais
37. Je m'inquiète souvent à propos de mauvaises choses qui pourraient m'arriver

Children Depression Inventory (CDI)

Auteurs : Kovacs et Beck (1977)

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : La CDI est une adaptation du Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1967), évaluant spécifiquement la symptomatologie dépressive (sentiment de tristesse, capacité à prendre du plaisir, efficacité scolaire, relations interpersonnelles).

Caractéristiques : La CDI est une échelle comprenant 27 items. A partir du BDI comprenant 21 items, l'item sur la libido a été retiré et des items concernant le fonctionnement scolaire et le fonctionnement avec les pairs ont été ajoutés.

Catégorie de réponse : A chaque item correspondent trois phrases qui décrivent, par intensité croissante, une manifestation dépressive. L'enfant doit choisir la phrase qui correspond le mieux à son état dans les quinze derniers jours Chaque item est coté de 0 (absent ou comportement normal pour l'âge) à 2 (sévère)..

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un autoquestionnaire que l'enfant complète en présence d'un interlocuteur qui s'assure que les consignes ont bien été comprises et peut répondre aux éventuelles questions. Un score total est calculé par la somme de tous les items : il s'étend de 0 à 54. Bien qu'il n'existe pas de note seuil précise pour les scores totaux, on considère que les scores supérieurs à 15 incluent les épisodes dépressifs d'intensité sévère. Il n'existe pas de seuil en fonction de l'âge ou du sexe.

Une forme abrégée à 13 items a été élaborée par Carlson et Cantwell (1979). Chaque item est coté de 0 (absent) à 3 (sévère), correspondant à des niveaux croissants de gravité des symptômes dépressifs. Son utilisation est moins répandue et ses caractéristiques métrologiques ont été peu étudiées.

Durée de passation : 15 – 20 minutes

Population cible : Enfants et adolescents de 7 à 17 ans.

Qualités métrologiques : L'analyse de la structure factorielle de la CDI met en évidence une échelle unidimensionnelle avec un facteur rendant compte de 67,3 % de la variance.

La validité interne de l'échelle est correcte (Alpha de Cronbach = 0,70) et la fiabilité test-retest à un mois d'intervalle est faible (0,43).

Par contre, la validité discriminante est moins bonne : la CDI discrimine mal les enfants déprimés dans une population hétérogène comprenant des enfants ayant des troubles mentaux et des enfants témoins. Des scores élevés ont été observés chez des enfants ayant

une anxiété importante ou des troubles de conduites, mais aussi chez des enfants anorexiques ou diabétiques.

Langues : Nombreuses dont français (traduction française : Moor et Mack (1982)).

Intérêts et limites : La CDI est un instrument de mesure de l'intensité de la dépression. Elle ne constitue pas un instrument diagnostique. La fréquence des discordances existant entre l'auto et l'hétéroévaluation, rend nécessaire les deux sources pour une bonne évaluation de l'état clinique. La CDI est actuellement l'outil d'auto-évaluation de la dépression chez l'enfant le plus utilisé. Cependant, les différences liées au développement observées entre 7 et 17 ans ne sont pas prises en compte.

Elle ne peut être utilisée seule pour évaluer l'intensité du trouble dépressif, ou le changement aux traitements médicamenteux.

Bibliographie :

Dugas M., Halfon O., Cousin R. (1989). Double-blind study of mianserin, imipramine and placebo in childhood depression. Meeting annuel de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, 11-15 octobre 1989.

Fristad MA., Weller AB., Weller RA., Teare M., Preskorn SH. (1988) Self-report vs markers in assesment of childhood depression. J Aff Disorders, 15: 39-45.

Kovacs M., Feinberg TL., Crouse-Novak MA. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. Arch Gen Psychiat, 41: 229-37.

Kovacs M., Beck AT (1985). An empirical clinical approach toward definition of childhood depression. In Schulterbrandt JG., Raskin A., Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models, Ed. Raven Press, New York, pp 1-25.

Kovacs M. (1985). The children depression inventory. Psycho Pharmacol Bull, 21, 995-8.

Moor L., Mack C. (1982). Version française d'échelles d'évaluation de la dépression In. Échelles de Birleson et de Ponanski. Neuropsychiatrie enfance-adolescence, 30: 623-6.

Moretti M., Fines S., Haley G., Marriage K.(1985). Childhood and adolescent depression: child-report versus parent-report information. J Am Acad Child Psychiatry, 24: 298-302.

Nom de l'outil	Children Depression Inventory
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Troubles	Symptomatologie dépressive
Objectifs	Evaluation de l'intensité de la symptomatologie dépressive chez les enfants
Population cible	Enfants 7-17 ans
Administration	Auto administré
Période de temps sur laquelle porte les échelles	15 jours antérieurs
Langues / traduction	Anglais et français / Moor et Mack (1982).

Questionnaire : CHILDREN DEPRESSION INVENTORY

Consigne: *Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Dans chaque groupe, choisis la phrase qui décrit le mieux tes sentiments et tes idées (ce que tu as fait, ressenti, pensé) au cours des deux dernières semaines.*

1.
Je suis triste de temps en temps ou je ne suis jamais triste
Je suis triste très souvent
Je suis triste tout le temps
2.
Rien ne marchera jamais bien pour moi
Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
Tout marchera bien pour moi
3.
Je réussis presque tout ce que je fais
Je rate beaucoup de choses
Je rate tout
4.
Des tas de choses m'amusent
Peu de choses m'amusent
Rien ne m'amuse
5.
Je suis désagréable tout le temps
Je suis souvent désagréable
Je suis désagréable de temps en temps ou je ne suis jamais désagréable
6.
De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver ou je n'y pense jamais
J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent
Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver
7.
Je me déteste
Je ne m'aime pas
Je m'aime bien
8.
Tout ce qui ne va pas est de ma faute
Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute
Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute

9.

Je ne pense pas à me tuer

Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas

Je veux me tuer

10

J'ai envie de pleurer tous les jours

J'ai souvent envie de pleurer

J'ai envie de pleurer de temps en temps ou je n'ai jamais envie de pleurer

11.

Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse / travaille

Il y a souvent quelque chose qui me tracasse / travaille

Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse / travaille (ou jamais rien …)

12.

J'aime bien être avec les autres

Souvent, je n'aime pas être avec les autres

Je ne veux jamais être avec les autres

13.

Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses

J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses

Je me décide facilement entre plusieurs choses

14.

Je me trouve bien physiquement

Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique

Je me trouve laid(e)

15.

Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs

Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs

Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs

16.

J'ai toujours du mal à dormir la nuit

J'ai souvent du mal à dormir la nuit

Je dors plutôt bien

17.

Je suis fatigué de temps en temps ou je ne suis jamais fatigué

Je suis souvent fatigué

Je suis tout le temps fatigué

18.

La plupart du temps je n'ai pas envie de manger

Souvent je n'ai pas envie de manger

J'ai plutôt bon appétit

19.
Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20.
Je ne me sens pas seul
Je me sens souvent seul
Je me sens toujours seul
21.
Je ne m'amuse jamais à l'école
Je m'amuse rarement à l'école
Je m'amuse souvent à l'école
22.
J'ai beaucoup d'amis
J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus
Je n'ai aucun ami
23.
Mes résultats scolaires sont bons
Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir
24.
Je ne fais jamais aussi bien que les autres
Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
25.
Personne ne m'aime vraiment
Je me demande si quelqu'un m'aime
Je suis sûr que quelqu'un m'aime
26.
Je fais généralement ce qu'on me dit
La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit
Je ne fais jamais ce qu'on me dit
27.
Je m'entends bien avec les autres
Je me bagarre souvent
Je me bagarre tout le temps

8 Etat de santé actuel, consommation de soins et consommation de produits psycho-actifs

Un accroissement de la demande de soins et une augmentation de la consommation de médicaments anxiolytiques ou de produits psycho-actifs (alcool, tabac, psychotropes, produits illicites…) ont été constatés suite à des événements traumatiques (Houts 1984; Kulka 1990; Breslau 1991; Kessler 1995; Vlahov 2002).

La santé perçue, les comportements de soins et la consommation de produits psycho-actifs sont des variables qui peuvent expliquer la survenue de troubles post-traumatiques.

Santé perçue et consommation de soins

Concernant la santé perçue et/ou la consommation de soins, il n'existe pas d'outils standardisés. Nous proposons une série de questions qui peuvent être proposée dans le cadre d'un questionnaire.

1/ Comparativement à des personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est actuellement :

Très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais

OU

1bis/ Actuellement, comment estimez-vous votre état de santé général[4] ?

Très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais

2/ Depuis [l'événement], diriez-vous que votre état de santé :

S'est amélioré

est resté stable

est un peu moins bon

est beaucoup moins bon

ne sait pas

3/ Depuis [l'événement], avez-vous éprouvé des problèmes de santé que vous n'aviez pas éprouvé auparavant ?

Oui , - Lesquels…………

Non

4/ Y a-t-il des problèmes de santé que vous aviez avant cette époque qui se sont aggravés depuis ?

Oui , - Lesquels…………

Non

5/ Actuellement, avez-vous des séquelles physiques dues à [l'évènement] ?

Oui Non

[4] Question issue de l'enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE

6/ Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous consulté un médecin pour un problème de santé en rapport avec [l'événement] ?

Oui Non

7/ Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour dormir ?

non, jamais

oui, moins d'une fois par semaine

oui, plusieurs fois par semaine

oui, tous les jours

7bis/ Si oui, lesquels : (demander de consulter les ordonnances)

8/ Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs (tranquillisants, antidépresseurs …) ?

non, jamais

oui, moins d'une fois par semaine

oui, plusieurs fois par semaine

oui, tous les jours

8bis/ Si oui, lesquels : (demander de consulter les ordonnances)

9/ Depuis [l'événement], avez-vous modifié votre consommation de tabac ?

non fumeur

en augmentation

en diminution

identique

10/ Depuis [l'événement], avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?

pas d'alcool

en augmentation

en diminution

identique

Consommation d'alcool : le questionnaire DETA

Auteur(s) : Créé en 1973 par un psychiatre américain

Type : Questionnaire ou auto-questionnaire

Objectifs : Identifier les personnes présentant des problèmes avec l'alcool : consommation excessive d'alcool ou alcoolo-dépendance

Caractéristiques : Ce questionnaire est composé de 4 questions. Il permet de déterminer une prévalence des troubles sur la vie entière.

Catégorie de réponse : Dichotomique (oui/non)

Mode de passation, cotations, scores : Administré par un médecin ou tout personnel soignant ou encore auto-administré.

Le score total est obtenu en sommant les réponses aux 4 items. La note varie de 0 à 4. A partir de 2 réponses positives au questionnaire, la probabilité d'une consommation excessive d'alcool ou d'une alcoolo-dépendance est élevée.

Durée de passation : Très court (1 minute)

Population cible : A l'origine, le test a été conçu pour des adolescents et des adultes en milieu hospitalier ou fréquentant les services de soins. Il est toutefois de plus en plus utilisé en population générale.

Qualités métrologiques : Le DETA a été validé en 1974 parmi les patients d'un service d'hôpital psychiatrique et en 1984, parmi ceux d'un service de médecine générale. Toutefois, la sensibilité et la spécificité de ce test varient énormément selon le sexe, l'origine sociale et le type de trouble (Volk, 1997). Concernant le dépistage de la consommation à risque, la sensibilité du test varie selon les études, entre 72 % et 91 % et la spécificité entre 77 et 97 %. Concernant la consommation excessive, la sensibilité du test varie entre 49 % et 69 % et la spécificité entre 75 et 95 %. Enfin, concernant le dépistage de l'abus ou de la dépendance vis-à-vis de l'alcool, la sensibilité du test varie, selon les études, entre 21 et 94 % et la spécificité entre 77 et 97 % (Fiellin, 2000).

La spécificité du DETA est par conséquent relativement élevée, par contre la sensibilité de cet outil peut être très médiocre selon les populations ou les troubles dépistés.

Langues : Anglais, français (traduction française : Rueff et al. (1989)).

Intérêts et limites : Ce questionnaire est utile comme auto-questionnaire simple et rapide. Il persiste malgré tout une grande confusion sur les troubles qu'il permet d'identifier : consommation excessive ou à risque, abus d'alcool, alcoolo-dépendance… D'autre part, les

performances de ce test sont différentes selon le problème et/ou la population étudiés. Il ne permet pas de distinguer les problèmes présents des problèmes passés. Bisson et al. suggérent de proposer une version du DETA, se référant aux 12 derniers mois et non plus à la vie entière pour permettre de dépister les personnes ayant des problèmes avec l'alcool au moment de l'enquête (Bisson, 1999).

Bien que le DETA ait été initialement construit pour identifier les personnes présentant des problèmes avec l'alcool dans des services hospitaliers, il est de plus en plus utilisé en population générale pour laquelle les études de validation sont plus rares et présentent des résultats moins satisfaisants. Certaines études ont conclu que le DETA avait une valeur prédictive trop faible pour être considéré comme un outil efficace de dépistage des problèmes d'alcool en population générale (Heck, 1991 ; Nystrom, 1993 ; O'Hare, 1997 ; Heck, 1995).

Bibliographie :

Bisson J., Nadeau L., Demers A. (1999). The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey. Addiction, 94(5): 715-22.

Bush B., Shaw S., Cleary P., Delbanco TL., Aronson MD. (1987). Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Am J Med, 82(2): 231-5.

Chan AW., Pristach EA., Welte JW. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. J Subst Abuse, 6(2): 123-35.

Rueff B., Crnac J., Darne B. (1989). Dépistage de malades "alcooliques" par l'autoquestionnaire systématique DETA. Parmi des consultants hospitaliers. Presse Médicale, 18(33): 1654-6.

Questionnaire : DETA

1/ Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
oui non

2/ Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
oui non

3/ Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
oui non

4/ Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
oui non

Le Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

Auteur(s) : Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Type : Questionnaire ou auto-questionnaire

Objectifs : L'AUDIT est un questionnaire qui a été mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour dépister les sujets présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool. L'outil porte sur la consommation d'alcool et les signes physiques, les symptômes et les anomalies biologiques liés à celle-ci.

Caractéristiques : Cet instrument comporte 10 questions qui permettent de distinguer les signes d'alcoolo-dépendance et trous noirs, les réactions négatives à l'alcool, les problèmes dus à l'alcool. Des scores élevés aux trois premiers items en l'absence d'élévation des scores aux items suivants, indiquent une consommation excessive d'alcool ; des scores élevés aux items 4 à 6 impliquent la présence ou l'apparition d'une dépendance à l'alcool ; enfin, des scores élevés aux items restants suggèrent une consommation pathologique d'alcool.

Catégorie de réponse : Echelle de likert en 5 points.

Mode de passation, cotations, scores : Ce questionnaire peut être administré par un médecin ou tout personnel soignant ou encore auto-administré. A partir de ces questions il est possible de calculer un score total par simple sommation des scores de chaque item. Les notes seuils permettant de dépister une consommation excessive, un abus ou une dépendance à l'alcool sont variables selon les auteurs.

Durée de passation : 5 minutes environ.

Population cible : Adultes

Qualités métrologiques : L'AUDIT est utilisé couramment pour dépister les personnes accueillies dans des services de soins présentant une consommation d'alcool excessive ou à risque. En fixant le seuil à 8 ou plus, ce test présente une sensibilité qui varie entre 51 et 59 % et une spécificité entre 91 et 96 % selon les différentes études. L'AUDIT présente de meilleurs résultats en termes de sensibilité et spécificité lorsqu'il s'agit de diagnostiquer un abus d'alcool (sensibilité entre 95 et 97 % et spécificité entre 78 à 85 % selon les différentes études) (Fiellin 2000).

L'AUDIT est également utilisé dans certaines études pour identifier la présence d'une dépendance à l'alcool. La validation de l'outil dans un objectif de dépistage de l'alcoolo-dépendance a été menée en considérant la présence d'un problème avec l'alcool soit au

cours de l'année précédant l'enquête, soit au cours de la vie entière. Selon le cut-off fixé, les performances du test ne sont pas identiques :

- Cut-off à 8 : la sensibilité du test varie entre 46 et 65 % et la spécificité est de 90 %.

- Cut-off à 11 : la sensibilité varie entre 30 et 40 % ; sensibilité entre 96 et 97 %.

L'AUDIT est plus performant lorsqu'il est utilisé sur une période récente (12 derniers mois) plutôt que sur la vie entière.

Langues : Anglais, français

Intérêts et limites : Il est important de distinguer le problème que l'on souhaite analyser pour utiliser le test le plus adéquat. L'AUDIT présente de bons résultats pour dépister la consommation à risque ou la consommation excessive en particulier lorsqu'il se réfère à la consommation au cours de l'année (Bohn, 1995).

Certaines études ont utilisé cet instrument dans sa version abrégée, réduite aux 3 premières questions de l'AUDIT. Cette version présente une sensibilité entre 54 et 98 % et une spécificité entre 57 et 93 % selon les études et selon la définition de la consommation excessive d'alcool. Il s'agissait, pour chacune de ces études, d'un dépistage auprès de populations ayant recours aux soins et non pas en population générale.

Bibliographie :

Aertgeerts B., Buntinx F., Bande-Knops J., et al. (2000). The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 24(1): 53-7.

Allen JP., Littes RZ., Fertig JB., Babor T. (1997). A review of research on the alcohol use disorder identifictaion test (AUDIT). Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 21: 613-9.

Bohn MJ., Babor TF., Kranzler HR. (1995). AUDIT: validation of a screening instrument for use in medical settings. Journal of Studies on Alcohol, 56: 423-32.

Bradley KA., Bush KR., McDonell MB., et al. (1998). Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. J Gen Int Med, 13(6): 379-88.

Fiellin DA., Reid MC., O'Connor PG. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Int Med, 160(13): 1977-89.

Questionnaire : AUDIT

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de prendre une boisson alcoolisée ?

jamais

une fois par mois ou moins

2 à 3 fois par semaine

4 fois par semaine ou plus

2 à 4 fois par mois

2/ Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ?

une ou deux

trois ou quatre

cinq ou six

sept ou neuf

dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standards ou plus ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

4/ Dans l'année écoulée, combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que, normalement, vous auriez dû faire parce que vous aviez bu ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

5/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

6/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

8/ Dans l'année écoulée, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais

moins d'une fois par mois

une fois par mois

une fois par semaine

chaque jour ou presque

9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non

oui au cours de l'année dernière

oui mais pas dans l'année passée

10/ Est-ce qu'un ami ou médecin ou autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non

oui au cours de l'année dernière

oui mais pas dans l'année passée

9 Echelles de qualité de vie

Evaluer la qualité de vie d'un individu permet de juger du degré de répercussion d'un traumatisme sur la santé (troubles de santé mentale) et sur le fonctionnement social ou au travail. Ceci permet d'évaluer également le besoin de soins des individus. Plusieurs outils standardisés existent à l'heure actuelle.

Le Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF–36)

Auteur(s) : Ware et al.

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Evaluer la qualité de vie liée à la santé

Caractéristiques : Cette échelle est issue de la « Medical Outcome Study [5]» (Ware and Sherbourne 1992). L'outil original était constitué de 149 items ; l'échelle dérivée n'en contient plus que 36.

Le SF-36 doit sa notoriété à un projet international (International Quality of Life Assessment) qui a adapté et validé cet outil dans 15 pays différents, dont la France (Leplege, Ecosse et al. 1998). Il s'agit d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. On n'y trouve ni le bien-être matériel, ni les valeurs, ni la satisfaction globale de la vie. Le SF-36 évalue 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique. Pour chaque échelle, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. A partir de ces huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale.

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet (en 8 à 15 minutes) en fonction de son ressenti par rapport à son état au cours des 4 dernières semaines. Les algorithmes de traitement des scores sont disponibles sur le site internet suivant : http://www.snof.org/melody/interface/qualite

Des données de référence ont été publiées pour la population française. Ces données peuvent servir de normes afin d'interpréter des résultats d'études de qualité de vie. Elles ont

[5] Medical Outcome Study : étude d'observation comprenant une enquête transversale (sur 20 000 patients) et une enquête longitudinale qui s'est déroulée sur 4 années consécutives

été recueillies par la société SOFRES Médicale auprès d'un échantillon de 3 617 individus (Leplege 2001).

Population cible : L'échelle a été utilisée dans différents types de population : patients souffrant de maladies chroniques graves (cancer, VIH) ou d'autres maladies chroniques (asthme, diabète, arthrite, polyarthrite rhumatoïde…). Le SF-36 se prête aux enquêtes en population générale car son spectre de mesure permet de mesurer aussi des différences entre des états de santé globalement bons. Le SF-36 peut être administré à des personnes de plus de 14 ans (Leplege 2001).

Qualités métrologiques : Le SF-36 présente des coefficients de Cronbach compris entre 0,80 et 0,92 pour les différentes sous-échelles selon les études. Tous les items ont une corrélation avec leur propre échelle supérieure à 0,4 et la plupart du temps, cette corrélation est significativement supérieure à celle observée avec les autres échelles.

Le taux de succès pour la validité discriminante est de 99,3 %, ce qui signifie que les dimensions physique et mentales présentent extrêmement peu de corrélation.

Langues : 15 langues dont l'anglais et le français. La traduction et l'adaptation culturelle en français ont été réalisées dans le cadre du projet IQOLA par Leplege et al. (1995). La procédure de traduction a suivi le schéma du projet.

Intérêts et limites : Selon certains auteurs, ce questionnaire est complexe car il comporte des instructions assez longues et spécifiques, qui peuvent causer des problèmes dans certaines populations (personnes ayant un faible niveau d'éducation par exemple). Si le SF-36 convient bien à des personnes vivant indépendamment, il n'est pas idéal pour un usage en milieu hospitalier.

Bibliographie :

Leplege A., Mesbah M., Marquis P. (1995). Preliminary analysis of the psychometric properties for the French version of an international questionnaire measuring the quality of life: the MOS SF 36 (version 1.1). RESP, 43: 371-9.

Leplege A., Rude N., Ecosse E., Ceinos R., Dohin E., Pouchot J. (1997). Measuring quality of life from the point of view of HIV-positive subjects: the HIV-QL31. Qual Life Res, 6(6): 585-94.

Leplege A., Ecosse E., Verdier A., Perneger TV. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. J Clin Epidemiol, 51(11): 1013-23.

Leplege A., Ecosse E., Pouchot J., Coste J., Perneger TV. (2001). Le questionnaire SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Ed. Estem, Paris.

Perneger TV., Leplege A., Etter JF., Rougemont A. (1995). Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. J Clin Epidemiol, 48(8): 1051-60.

Ware JE., Gandek B., Kosinski M., Aaronson NK., Apolone G., Brazier J. et al. (1998). The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol, 51(11): 1167-70.

Ware JE., Kosinski M., Bayliss MS., McHorney CA., Rogers WH., Raczek A. (1995). Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. Med Care, 33: AS264-79.

Nom de l'outil	SF-36
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Objectifs	Evaluation de la qualité de vie
Population cible	Population générale, patients
Administration	Autoévaluation
Période de temps sur laquelle porte les échelles	Dernier mois
Langues / traduction	15 langues dont anglais et français / Leplege et al.

Questionnaire : SF-36

Consigne : *Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.*

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

 Excellente

 Très bonne

 Bonne

 Médiocre

 Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

 Bien meilleur que l'an dernier

 Plutôt meilleur

 A peu près pareil

 Plutôt moins bon

 Beaucoup moins bon

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel.

entourer la réponse de votre choix

Liste d'activités	Oui, beaucoup gêné(e)	Oui, un peu gêné(e)	Non, pas du tout gêné(e)
a- Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b- Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c- Soulever et porter les courses	1	2	3
d- Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e- Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f- Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g- Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
h- Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i- Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j- Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	Oui	Non
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	1	2
c- Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	1	2
d- Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) *-entourer la réponse de votre choix, une par ligne-*

	Oui	Non
a- Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité	1	2
c- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

Au cours de ces 4 dernières semaines,

7. Quelle a été l'importance de vos douleurs (physiques)?

Nulle

Très faible

Faible

Moyenne

Grande

Très grande

8. Est-ce que des douleurs vous ont gêné(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

9. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où

	en permanence	très souvent	souvent	qq fois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) bien dans votre peau ?				4	5	6
i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps

Une bonne partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : *-entourer la réponse de votre choix, une par ligne-*

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en bonne santé	1	2	3	4	5

Le Medical Outcome Study short Form (MOS SF–12)

Auteur(s) : Gandek et al., 1998

Type : Echelle d'auto-évaluation

Objectifs : Evaluer la qualité de vie

Caractéristiques : L'échelle SF-12 a été construite à partir de l'échelle SF-36. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée auprès de 2743 personnes en France, dans le cadre d'une étude européenne (réalisée dans 9 pays et auprès de 9000 personnes).

Le SF-12 permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Les moyennes et écart types des deux scores sont publiés pour les 9 pays européens dans lesquels s'est déroulée l'étude de validation (Gandek, Ware et al. 1998).

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un autoquestionnaire rempli par le sujet (en 3 à 7 minutes) en fonction de son ressenti par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines.

Qualités métrologiques : Le SF-12 explique 94 % de la variance du SF-36. Une corrélation de 0,08 entre les scores du SF-12 et les scores du SF-36 a été mise en évidence dans l'étude de validation du SF-12.

Langues : 15 langues, dont l'anglais et le français

Intérêts et limites : En plus des intérêts et limites du SF-36, il est important de noter que le SF-12, du fait de sa longueur, est plus facilement utilisable que le SF-36.

Bibliographie

Gandek B., Ware JE., Aaronson NK. et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol, 51(11): 1171-78.

Nom de l'outil	SF-12
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Objectifs	Evaluation de la qualité de vie
Population cible	Population générale, patients
Administration	Autoévaluation
Période de temps	Dernier mois
Langues / traduction	15 langues, dont l'anglais et le français

Questionnaire : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

Mauvaise

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. *-Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-*

Liste d'activités	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
b- Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
d- Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique *Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-*

	en permanence	très souvent	souvent	Quelques fois	rarement	jamais
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité						
c- Avez-vous du arrêter de faire certaines choses						

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) *Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-*

	en permanence	très souvent	souvent	quelques fois	rarement	jamais
b- Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité						
c- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention						

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout

Un petit peu

Moyennement

Beaucoup

Enormement

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Tout le temps

Une grande partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

7. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
d. Vous vous êtes senti calme et détendu?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti triste et abattu ?	1	2	3	4	5	6

La World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF ou WHOQOL-26)

Auteur(s) : OMS (Skevington et al.)

Type: Echelle d'auto-évaluation

Objectifs: Evaluer la qualité de vie

Caractéristiques : Le WHO-QOL 26 est une version courte de l'échelle WHO-QOL 100 commandé par l'Organisation mondiale de la santé et construite grâce à la collaboration de 15 pays. Cette échelle correspond à la définition de la qualité de vie de l'OMS.

Les 4 domaines évalués sont : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement.

Catégorie de réponse: Echelles de type Likert

Mode de passation, cotations, scores : Il s'agit d'un autoquestionnaire rempli par le sujet (en 8 à 12 minutes) en fonction de son ressenti par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines.

Cette échelle permet d'obtenir des scores pour quatre domaines : physique, psychologique, relations sociales et concernant l'environnement de la personne. Pour les algorithmes de traitement des scores, contacter : INSERM U292, 78 avenue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre.

Population cible : Adolescents, adultes

Qualités métrologiques : La corrélation item-échelle est supérieure à 0,40 pour 67 % des items. La consistance interne est relativement bonne avec un Alpha de Cronbach de 0,65.

Langues : 20 langues dont l'anglais et le français (traduction française : Leplege et Ecosse).

La validation en français a été effectuée sur un échantillon de 2102 patients souffrant de problèmes neuromusculaires dont la moyenne d'âge était de 42,9 ans. Actuellement, nous ne disposons pas de données de référence en population générale pour cette échelle.

Intérêts et limites : Cette échelle assez récente est de plus en plus utilisée. Les nombreuses traductions permettront bientôt d'effectuer des études de comparaisons internationales. De plus, cet outil est intéressant car il ne présente pas d'effet plafond sur le domaine physique comme cela peut être le cas avec le SF-36, dans certaines populations. Ce dernier point est important à prendre en compte selon le type de population étudiée.

Bibliographie :

Leplege A., Ecosse E. (2000). Methodological issues in using the Rasch model to select cross culturally equivalent items in order to develop a Quality of Life index: the analysis of four WHOQOL-100 data sets (Argentina, France, Hong Kong, United Kingdom). J Appl Meas 1(4): 372-92.

Leplege A., Ecosse E., Caria A; Rivière H. (2000). Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases. L'Encephale 26(5): 13-22.

Skevington SM., Bradshaw J. et al. (1999). Selecting national items for the WHOQOL: conceptual and psychometric considerations. Soc Sci Med 48(4): 473-87.

Skevington SM., Carse MS. et al. (2001). Validation of the WHOQOL-100: pain management improves quality of life for chronic pain patients. Clin J Pain 17(3): 264-75.

Nom de l'outil	WHOQOL-BREF / WHOQOL-26
Type d'outil	Echelle d'auto-évaluation
Objectifs	Evaluation de la qualité de vie
Population cible	Population générale, patients
Administration	Autoévaluation
Langues / traduction	20 langues dont anglais et français / Leplege et al.

Questionnaire : WHOQOL

1. Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

    1.Tres mauvaise

    2. Mauvaise

    3. Ni bonne, ni mauvaise

    4. Bonne

    5. Très bonne

2. Etes-vous satisfait de votre santé ?

    1.Pas du tout satisfait

    2.Pas satisfait

    3.Ni satisfait ni insatisfait

    4.satisfait

    5.Très satisfait

3. La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

    1.Pas du tout

    2.Un peu

    3.Modérément

    4.Beaucoup

    5.Complètement

4. Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

5. Trouvez-vous la vie agréable ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

6.Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

7. Etes-vous capable de vous concentrer ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

9. Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

   4.Beaucoup

   5.Complètement

10. Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

   1.Pas du tout

   2.Un peu

   3.Modérément

4.Beaucoup
5.Complètement

11. Acceptez-vous votre apparence physique ?
    1.Pas du tout
    2.Un peu
    3.Modérément
    4.Beaucoup
    5.Complètement
12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?
    1.Pas du tout
    2.Un peu
    3.Modérément
    4.Beaucoup
    5.Complètement
13. Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?
    1.Pas du tout
    2.Un peu
    3.Modérément
    4.Beaucoup
    5.Complètement
14. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?
    1.Pas du tout
    2.Un peu
    3.Modérément
    4.Beaucoup
    5.Complètement
15. Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?
    1.Tres mauvaise
    2.Mauvaise
    3.Ni bonne, ni mauvaise
    4.Bonne
    5.Très bonne
16. Etes-vous satisfait de votre sommeil ?
    1.Pas du tout satisfait
    2.Pas satisfait
    3.Ni satisfait ni insatisfait
    4.satisfait
    5.Très satisfait
17. Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?
    1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

18. Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

19. Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

20. Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfai

21. Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

22. Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

23. Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?

1.Pas du tout satisfait

2.Pas satisfait

3.Ni satisfait ni insatisfait

4.satisfait

5.Très satisfait

24. Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?

    1.Pas du tout satisfait

    2.Pas satisfait

    3.Ni satisfait ni insatisfait

    4.satisfait

    5.Très satisfait

25. Etes-vous satisfait de vos moyens de transport ?

    1.Pas du tout satisfait

    2.Pas satisfait

    3.Ni satisfait ni insatisfait

    4.satisfait

    5.Très satisfait

26. Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

    1.Jamais

    2.Parfois

    3.Souvent

    4.Très souvent

    5.Toujours